FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul-Philippe TIPHINE

Né à Bourguignon (Doubs), le 7 août 1887
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Asiles de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ATROPHIQUES FLORIDES

Président : M. GILBERT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PERE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage d'affection et d'infinie reconnaissance.

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MA FIANCÉE

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR GUSTAVE CARRET

de Paris

Hommage de gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER

Médecin de l'Hôpital Hérold

Il nous réserva un accueil bienveillant dans son service, guida nos premiers pas dans l'étude délicate de la médecine infantile, nous donna l'idée de ce travail. Qu'il veuille bien, à ces différents titres, accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude et de tout notre dévouement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DE BESANÇON

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de Lariboisière
Chirurgien en chef des Asiles de la Seine

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGENDRE

Médecin de Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY

Chirurgien de la Maison municipale de Santé

MONSIEUR LE DOCTEUR LEREBOULLET

Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPRÉ

Professeur agrégé
Médecin de Laënnec
Médecin chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD

Accoucheur de la Maternité de Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR ALGLAVE

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

Qu'ils veuillent bien accepter les vifs remerciements d'un élève reconnaissant et dévoué qui regrette de se séparer d'eux et de leur précieux enseignement.

A MES MAITRES DES ASILES DE LA SEINE

A Monsieur le Docteur BONNET

Médecin chef de l'Asile de Maison-Blanche

MM. les Docteurs BRUNSCHWIG, de Besançon

BRULÉ, SAUVÉ, CHABROL, LEVEN

LOGRE, de Paris

INTRODUCTION

Durant notre séjour à l'hôpital Hérold, notre maître, M. Barbier, sut attirer notre attention sur l'aspect spécial et les accidents multiples présentés par les nourrissons qualifiés par lui d' « atrophiques florides ».

Sur ses conseils, et en nous inspirant largement de ses conceptions, nous avons fait de la description clinique de ce type de malades, le sujet de notre thèse.

Après une définition rapide, nous exposerons quelques observations et chercherons ensuite à mettre en évidence les caractères essentiels des multiples accidents auxquels sont prédisposés ces petits malades.

L'étiologie spéciale, l'examen des symptômes, leur évolution, les résultats de la thérapeutique, nous ayant suggéré quelques hypothèses pathogéniques, nous les exposerons à la fin de cette étude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ATROPHIQUES FLORIDES

LES ATROPHIQUES FLORIDES

Définition

Les nourrissons que M. Barbier désigne sous le nom d'atrophiques florides, sont en apparence des obèses, mais ce sont de faux obèses. Ils sont, en effet, au-dessous du poids normal à leur âge : un enfant de huit mois, de neuf mois, par exemple, ne pèse que les 4/5, les 3/4 de son poids, quelquefois moins encore.

L'examen montre un épaississement considérable de la peau ; celle-ci est le siège d'une infiltration dure ; épaissie et sans souplesse, elle a une teinte pâle et blafarde. Elle donne, à la palpation, une consistance particulière ; il ne s'agit pas de cette mollesse, de cette pseudo-fluctuation des peaux adipeuses mais de cette dureté élastique quelque peu

comparable à celle du caoutchouc ou encore à celle du lard insuffisamment cuit.

Elle paraît comme translucide et parfois la pression prolongée et forte du doigt arrive à déterminer une dépression, un très léger godet.

Ces enfants sont des infiltrés. Par opposition à cette obésité apparente, à ce pseudo-embonpoint, la musculature sous-jacente est atrophiée, réduite à rien. De telle façon que, dans certains cas, la section transversale du membre ne représenterait guère, sur une coupe, que l'os et la peau épaissie.

Ces enfants sont des atrophiques, florides en apparence. L'aspect de la face vient d'ailleurs ; nous dit M. Barbier (1), confirmer cet examen, celle-ci est pâle, immobile, sans expression, empâtée, bouffie.

---

1. Barbier, *les Rétentions azotées et salines des nourrissons nourris au biberon. Les atrophiques florides (Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*, novembre 1912).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

L'enfant Gl. Germaine, âgée de neuf mois, entre à l'hôpital, salle Jules-Simon, le 22 novembre 1912, pour des troubles dyspeptiques accompagnés de toux.

Elle présente en effet des vomissements et des selles liquides, une bronchite légère et des infections cutanées.

Mais en dehors de ces symptômes,ce qui frappe dès le premier examen, c'est l'état d'embonpoint énorme de l'enfant.

La jeune G... a l'aspect d'une petite obèse. Son poids est de 9 kgr. 900, supérieur de 1.500 grammes environ à la normale de son âge.

La moitié inférieure du corps surtout, à l'exclusion du pied et du cou-de-pied, est d'un volume disproportionné par rapport à la taille de l'enfant.

Le thorax et le membre supérieur, quoique d'un développement exagéré, sont le siège d'un embonpoint moindre. Quant au pied et au cou-de-pieds, leur gracilité relative fait contraste dès le premier abord avec l'énorme volume des

1. Barbier, *Pathologie du lait de vache. Les infiltrés, les atrophiques florides* (*Pédiâtrie,* 31 janvier 1913,n° 2, p. 18).

segments de membre sus-jacents; il y a là une transition brusque, marquée par un bourrelet au point même où s'arrête la chaussure de l'enfant.

Si l'on excepte ce point où la compression mécanique par la chaussure des téguments infiltrés semble avoir joué un rôle, l'apparente obésité de l'enfant est donc surtout marquée dans les parties déclives, et dans les régions riches en tissu conjonctif. Dans toutes ces régions (hypogastre, flanc, région lombo-fessière, cuisses et mollets), la peau se déprime de place en place en des plis profonds, surmontés de larges bourrelets saillants dont les bords s'accollent étroitement.

Si l'on embrasse à pleine main un de larges bourrelets, ou un segment de membre, on sent les téguments se déprimer lentement, donnant au doigt une sensation toute différente de l'élasticité molle et pseudo-fluctuante du tissu adipeux normal. La pression prolongée détermine sur ces téguments un léger godet, apparaissant et s'effaçant lentement. On a pu mettre facilement en évidence cette énorme infiltration en appliquant un pansement compressif sur le membre inférieur droit. Le lendemain, on constatait à la mensuration une diminution sensible de la circonférence du membre ligaturé par rapport à l'autre, et à la limite de la compression l'existence d'un bourrelet analogue à celui que la chaussure avait spontanément provoqué plus bas.

La peau est rouge, d'aspect luisant par places, elle paraît tendue ; le pincement d'un bourrelet de peau entre deux doigts lui donne un aspect lisse, humide presque vernissé.

Au thorax et aux membres supérieurs, les mêmes manœuvres mettent en évidence l'état de gonflement des téguments, mais avec une bien moins grande netteté. La peau est moins

rouge, moins tendue. La palpation des masses musculaires sous-jacentes, permet de constater que celle-cis sont peu développées, surtout par rapport à l'énorme bouffissure des téguments.

L'enfant, est en outre infectée : les plis profonds qui déprimment les téguments de l'abdomen et des cuisses, la région périnéo-fessière sont le siège d'un érythème suintant très intense, ulcérée en plusieurs points. A la région lombaire, à a partie inférieure de l'abdomen, aux membres inférieurs, on note de nombreux abcès cutanés et sous-cutanés suppurants ; un abcès plus volumineux détermine à la cuisse gauche une zone d'empâtement profond du volume d'une mandarine. Il est à remarquer que cette infection cutanée est localisée encore aux parties déclives ; les membres supérieurs, la face et le thorax en sont absolument indemnes.

L'enfant présente enfin des signes d'infection respiratoire et digestive. La température est à 39 degrés.

L'auscultation des deux poumons fait percevoir la présence de râles sibilants et ronflants, disséminés, assez nombreux, sans souffle, sans modification de sonorité à la percussion, sans retentissement du cri. La toux est d'ailleurs rare.

Les selles sont abondantes, demi liquides, décolorées et très fétides, au nombre de trois par jour en moyenne.

L'enfant est extrêmement agitée, très maussade, criant continuellement, se débattant sans cesse, surtout lorsqu'on la touche, se grattant de façon ininterrompue.

L'examen somatique ne révèle aucune autre anomalie.

Les bruits du cœur sont normaux, le pouls régulier. Le foie et la rate ne paraissent pas augmentés de volume.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines, Le développement squelettique et dentaire est normal.

L'interrogatoire apprend que ces différents troubles ont débuté il y a un mois et demi environ et se sont accentués depuis trois semaines. Jusqu'alors l'enfant avait été, apparemment du moins, bien portante.

Née à terme, pesant 4 kilogrammes, elle fut d'abord nourrie au sein pendant six semaines : recevant pendant le jour une tétée toutes les deux heures (comptées à partir de la fin de la tétée) plus deux tétées pendant la nuit. Bien que l'enfant n'ait pas été pesée, il est probable que dès cette période elle recevait une nourriture abondante, car elle prenait longuement le sein (20 minutes au moins à chaque tétée, dit la mère).

La mère ayant été atteinte de phlébite, l'enfant fut mise au biberon à l'âge de six semaines. On lui donna alors huit biberons, six dans la journée et deux dans la nuit, avec une quantité de lait que la mère ne peut déterminer.

Puis, à l'âge de six mois, la jeune B fut mise à la crèche ; depuis cette époque, c'est-à-dire six mois, elle prendrait intégralement, au dire de sa mère, deux litres et demi de lait dans les vingt-quatre heures.

Il semble que les troubles dyspeptiques n'aient pas tardé à suivre l'application de ce dernier régime. Il y a environ un mois et demi, l'enfant commence à vomir ; ces vomissements d'abord isolés, deviennent journaliers, puis se répètent trois et quatre fois par jour, survenant aussitôt après le biberon.

Il y a trois semaines, s'installe la diarrhée ; l'enfant a

chaque jour cinq ou six selles verdâtres, glaireuses et fétides.

Enfin, depuis quelques jours, la toux est apparue, accompagnant les symptômes d'infection cutanée que l'on note à l'entrée de l'enfant.

Pendant cinq jours, l'enfant est mise dans le service à une diète sévère, ne prenant dans les vingt-quatre heures que sept liberons d'eau d'orge sucrée.

Sans l'influence de ce régime, l'état général et local se modifie rapidement.

Localement, l'infiltration énorme du tissu cellulaire qui donnait à l'enfant cet aspect d'embonpoint exagéré diminue de façon notable.

Dès le deuxième jour, la peau, si tendue le jour de l'entrée, s'est plissée et a pris un aspect chagriné, par suite, sans doute, de l'évacuation des liquides de rétention.

Pour vérifier la réalité de cette rétention œdémateuse, nous avons fait placer sur l'un des membres un pansement compressif; au bout de vingt-quatre heures il était facile de constater une différence sensible entre le volume de ce membre, et le membre opposé : (1 centimètre de différence environ pour la circonférence maxima du mollet), et l'on pouvait voir, à la partie supérieure de ce pansement compressif, se dessiner un bourrelet très net, analogue à celui qui marquait l'empreinte de la chaussure à l'entrée de l'enfant.

La diminution de l'état d'infiltration des téguments qui était si marquée au début n'a pas cessé de s'accentuer par la suite. Le plissement de la peau est encore plus marqué actuellement, et le phénomène est sensible aux membres inférieurs et à la partie inférieure du tronc.

La circonférence maxima du mollet est de 19 centimètres, au lieu de 21, chiffre noté le premier jour.

Cependant les téguments sont loin d'avoir repris un aspect normal, et, s'il est à présent beaucoup moins facile d'y imprimer un godet par la pression du doigt, le pincement ou la compression d'un bourrelet de peau y font toujours apparaître le même aspect tendu, lisse et vernissé.

En même temps que se produisait cette diminution notable de l'infiltration œdémateuse, nous avons vu céder avec une surprenante rapidité les accidents infectieux divers qui avaient motivé l'entrée de l'enfant à l'hôpital et l'état général se modifier en conséquence, sous l'influence seule du régime.

En trois jours, les abcès cutanés sont presque complètement cicatrisés, aucun d'eux ne suppure. A la place du gros abcès qui s'est ouvert à la cuisse gauche, on sent une zone indurée du volume d'une noisette, d'où la pression la plus énergique ne peut faire sourdre une goutte de pus. L'érythème suintant et ulcéré des plis cutanés et des fesses est en voie de dessèchement rapide. Dix jours après l'entrée (10 décembre) il ne restait plus de tous ces accidents infectieux que des cicatrices absolument sèches marquant la place des abcès, et un peu de rougeur sans aucun suintement ni prurit dans la profondeur des plis cutanés antérieurement irrités.

La bronchite du début a évolué avec la même rapidité vers la guérison. Deux jours après son entrée, l'enfant ne toussait plus et la respiration était absolument libre, sans aucun signe sthéthoscopique.

L'état digestif n'a pas été moins amélioré. A la suite d'une purgation à l'huile de ricin administrée le lendemain de

l'entrée (23 novembre), l'enfant a rendu quatre selles abondantes, grisâtres, demi-liquides et grumeleuses, horriblement fétides, répandant une odeur de matières putréfiées.

24 novembre. — L'enfant a une seule selle encore un peu liquide et fétide.

Depuis cette date, elle a chaque jour tantôt une, tantôt deux selles de bon aspect, quelquefois un peu constipées, mais normalement colorées et peu odorantes.

La température, qui était de 39 degrés à l'entrée, est tombée progressivement pour atteindre 37 degrés le septième jour et s'y maintenir.

Cette amélioration rapide s'est accompagnée d'un changement également rapide dans l'habitus et le caractère de l'enfant.

Notre petite malade, qui à son entrée était sans cesse agitée, tourmentée, criait et se débattait continuellement, dormait peu, est devenue en quarante-huit heures une enfant remarquablement gaie et tranquille. Cependant, elle a subi, ainsi que le montre sa courbe, une chute de poids considérable, qui n'a pas été de moins de 1.500 grammes pour les vingt premiers jours, son poids restant actuellement au voisinage de 8.500 grammes, c'est-à-dire à peu près à la normale de son âge.

Le régime de l'enfant fut le suivant :

Du 23 au 27 novembre sept biberons d'eau d'orge sucrée, à partir du 27 novembre, on remplace un biberon par une bouillie au bouillon de légumes sucré.

A partir du 4 décembre, l'enfant prend deux bouillies au bouillon de légumes.

8 décembre. — On ajoute à ce régime une purée sucrée.

Nous avons, pendant trois semaines, recueilli aussi soigneusement que possible la totalité des urines de l'enfant.

Nous n'avons pas observé une abondante décharge polyurique coïncidant avec la baisse de poids et la diminution de l'infiltration, au contraire, les urines se sont montrées plus rares au moment où les phénomènes étaient au maximum, c'est-à-dire au début. Leur quantité a augmenté plus tard, en même temps que l'état général s'améliorait, et elle se maintient actuellement à un taux constant de 300 grammes en moyenne, alors que dans les premières vingt-quatre heures de son séjour, l'enfant n'avait uriné que 110 grammes.

Trois analyses comparatives ont été faites, nous en résumons les résultats dans le tableau ci-dessous :

	22 nov.	24 nov.	4 déc.
Quantité d'urine.....	110 cmc.	220 cmc.	270 cmc.
Sels : par litre.....	12	40	1,60
— par 24 heures.....	1,32	2,20	0,43
Azote total : par litre.....		3 gr.	1,50
— par 24 h....		0,66	0,40

Les urines n'ont jamais contenu d'albumine.

Le liquide céphalo-rachidien, dans une recherche effectuée le 24 novembre sur 10 centimètres cubes de liquide, ne contenait qu'une proportion d'urée indosable.

L'analyse du sang a montré une anémie de moyenne intensité :

	26 Novembre	2 Décembre
Hémoglobine..... o/o	85	80
Hématies.....	3.930.000	3.160.000
Globules blancs.....	36.400	12.360
Polynucléaires.....	48	40
Grands mononucléaires..	40	24
Moyens mononucléaires..	»	»
Petits mononucléaires et lymphocytes.....	4	16
Myélocytes.....	»	8

Fin de décembre, l'enfant mis à un régime de sevrage progressif, continue à s'améliorer de jour en jour, elle est plus colorée, elle est gaie. Bien que persistant encore, l'infiltration a considérablement diminué, la peau a en partie repris sa souplesse, sauf aux lieux d'élection, partie antéro-externe des jambes et région lombaire. La diminution de poids a cessé à partir du 19 décembre : l'enfant reprend du poids normalement.

Nota. — Cette observation est particulièrement importante au point de vue de notre travail ; elle constitue, en effet, un exposé presque complet des accidents qui peuvent frapper ces nourrissons.

Nous la schématiserons en disant : enfant de neuf mois, nourrie au sein pendant six semaines, puis au biberon, avec une quantité indéterminée de lait de vache, mais qui paraît avoir été trop abondante.

A six mois, cette enfant entre à la crèche, elle absorbe alors l'énorme quantité de 2 lit. 1/2 de lait dans les vingt-quatre heures.

Les troubles dyspeptiques apparaissent bien vite et c'est pour des vomissements, de la diarrhée accompagnés de bronchite légère, d'infections cutanées multiples, qu'elle est amenée à l'hôpital.

L'enfant a l'aspect d'une obèse, l'embonpoint est exagéré, mais l'examen ne tarde pas à montrer que cet embonpoint apparent n'est, en réalité, qu'une infiltration particulière des téguments.

Cette infiltration est en quelque sorte généralisée à toute l'étendue du tégument : elle prédomine cependant dans les parties déclives et dans les régions riches en tissu conjonctif(membres inférieurs, régions lombo-fessière et hypogastrique).

Elle a des caractères spéciaux : elle détermine un épaississement de la peau, lui imprime une dureté particulière. La palpation de ces téguments œdématiés donne une sensation différente de la mollesse du tissu adipeux et comparable quelque peu à la dureté élastique du lard insuffisamment cuit.

L'infiltration est telle, qu'elle a déterminé des bourrelets étagés sur toute la hauteur du membre inférieur, séparés par des sillons profonds, siège d'intertrigo suintant et ulcéré.

La peau est en outre le siège de lésions septiques diverses, d'abcès multiples. Il existe des troubles digestifs, un léger degré de bronchite, la température est à 39 degrés.

Tous ces symptômes frappent une enfant agitée, qui crie continuellement.

Les urines ne sont pas albumineuses.

Il n'y a pas d'antécédents héréditaires pathologiques.

La diète hydrique d'abord, le régime des bouillies ensuite, ont pour conséquence une résorption si rapide de l'infiltration, que la circonférence maxima du mollet tombe de 21 à 19 centimètres en deux jours.

En même temps que la peau reprend sa souplesse, l'intertrigo disparaît ainsi que les abcès cutanés.

Les troubles digestifs cessent après ce régime et l'administration d'huile de ricin qui provoque le rejet de selles abondantes et très fétides.

La température descend à 37 degrés, la toux se calme, la bronchite s'atténue.

L'agitation et les cris du début font place au calme, et cependant, fait en quelque sorte paradoxal, l'enfant a perdu 1.500 grammes de son poids en quinze jours, soit une moyenne quotidienne de 75 grammes.

Pendant ce temps, les urines, rares au début, riches en sel et non albumineuses, ont augmenté de quantité, elles atteignent maintenant 300 centimètres cubes par jour.

OBSERVATION II

H..., quatre mois. Premier séjour du 1er novembre au 3 décembre 1911. Deuxième séjour du 10 décembre 1911 au 2 janvier 1912.

Né à terme. Poids : 4.250.

Nourri pendant un mois au sein : santé excellente.

A partir de un mois, lait de vache jusqu'à 1.500 grammes par jour (?). Apparition précoce de troubles intestinaux avec vomissements qui, au bout de quinze jours, aboutissent à une crise convulsive.

A trois mois et demi, nouvelle crise semblable.

Il y a huit jours, nouvelle crise. Le médecin qui le soigne l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de méningite.

État à l'entrée. — Dès ce moment, l'enfant est mis de suite à la diète hydrique. Pas de convulsions, mais une agitation extrême, une sorte d'énervement qui se traduit par des mouvements incessants et des cris. Comme signe méningé un peu de raideur de la nuque : mais absence de Kernig, de paralysies, de signes oculaires ou iriens. La ponction lombaire donne un liquide clair, sans réaction leucocytaire, sans albumine.

Enfant pesant 6.800 grammes, mais l'examen montre que ce poids est en partie dû à une infiltration assez étendue de la peau, et que les masses musculaires sous-jacentes sont à peine développées et molles. La peau est en effet très épaisse, comme figée. Elle a une consistance élastique, dure comme du caoutchouc.

Une pression énergique y provoque une légère dépression qui se comble rapidement. Cette infiltration est surtout marquée à la partie antéro-externe des jambes, et dans la région lombaire où les langes ont laissé sur la peau, dans les parties soumises à la pression du décubitus, des dépressions très marquées. Cet œdème est moins marqué au bras.

Les urines sont peu abondantes et laissent sur les langes

des taches fortement colorées. Elles contiennent des traces sensibles d'albumine.

Les selles sont rares, à peine une par jour, grumeleuses.

Rien ailleurs.

Évolution. — L'enfant fut mis à la diète hydrique pendant cinq jours, puis à la diète sucrée pendant cinq jours.

Les selles restèrent rares, à part deux évacuations abondantes provoquées le quatrième et le onzième jour par une purgation à l'huile de ricin. Pendant ce temps, il excrète par jour 250 à 300 grammes d'urines seulement; les mictions sont fréquentes. Il perd 240 grammes de son poids initial 6.560).

Mais ce qui frappe, c'est le changement qui s'est effectué dans ses symptômes nerveux. Malgré cette diète sévère, l'enfant est de plus en plus gai et calme ; il repose, il ne crie plus, il n'y a plus de raideur de la nuque, il semble un enfant tout à fait bien portant. Les mictions sont moins fréquentes.

Du 11 au 13, un essai d'alimentation légère avec 300 gr. de lait d'ânesse ne réussit pas; il est suivi de diarrhée et de vomissements, les urines sont moins abondantes, de 250 elles tombent le 13 à 150 et le 14 à 50 grammes, malgré l'atténuation de la diarrhée, et à 20 grammes le 16. La baisse de poids du 10 au 16 est de 350 grammes.

A ce moment, le 15 novembre, éclate une pneumonie qui met l'enfant à deux doigts de sa perte, avec des phénomènes nerveux graves. La défervescence est complète le 20. La baisse de poids a été de 190 grammes (6.050).

Pendant ce temps, l'œdème du début a diminué, et dès la fin de la pneumonie, l'enfant reprend sa gaieté. On essaie depuis quelques jours une faible quantité de lait de vache,

200 grammes, qui paraît assez bien tolérée, et le 20 on porte cette quantité à 300 grammes, auxquels on ajoute une faible quantité de farine maltée. Les troubles intestinaux réapparaissent et on est obligé de mettre l'enfant à la diète hydrique le 29.

L'œdème paraît plus manifeste, et l'enfant est un peu abattu, il a perdu sa gaieté des jours passés. On constate alors un renouveau de poussée congestive sur la base du poumon droit avec 38 degrés.

Pendant ce temps, le poids a baissé de 550 grammes (5.500).

La diète est reprise jusqu'au 3 décembre : les symptômes intestinaux s'amendent, il est plus gai, les parents demandent à le reprendre.

On le ramène dix jours après. Après quelques jours de diète, on a remis l'enfant au lait et depuis ce temps il est repris d'agitation et ne cesse de crier jour et nuit. Son poids, depuis le 29, n'a baissé que de 250 grammes (5.350) et la mère s'est aperçue de nouveau que l'urine tachait fortement les langes.

Les urines contiennent encore des traces d'albumine : mais sur les téguments on constate une diminution sensible de l'infiltration qui est à peine appréciable.

Après deux jours de diète, on donna à l'enfant 400 grammes, de lait d'ânesse.

Jusqu'au 14 décembre, le poids baissa jusqu'à 5.200. Mais à partir de ce jour l'infiltration avait disparu, les urines ne contenaient plus d'albumine et jusqu'au 30 il augmenta régulièrement de poids : 5.200 à 5.570, soit 370 grammes en

seize jours : 22 grammes par jour, ayant repris son calme et toute sa gaieté.

Il a été envoyé à la campagne où, grâce au régime suivi par les parents, les accidents ne se sont jamais reproduits ; son développement s'est fait régulièrement.

Nota. — L'observation précédente que nous empruntons à M. Barbier (1) fait ressortir très net tement certains phénomènes pathologiques habituels chez ces nourrissons.

Elle met en évidence les troubles nerveux sur lesquels M. Barbier a déjà insisté et dont il a donné une excellente description.

L'alimentation maternelle ne détermina chez cet enfant aucun incident.

L'alimentation excessive au lait de vache (1.500 gr. par jour chez un enfant d'un mois) eut de déplorables conséquences :

Troubles intestinaux, vomissements, crises convulsives faisant penser à la méningite : tel est le bilan désastreux de cette suralimentation lactée.

La diète, prescrite dès l'entrée à l'hôpital, atténue les réactions nerveuses graves et ne laisse subsister qu'une agitation marquée.

Il existe certes quelques phénomènes méningés, mais le diagnostic de méningite ne résiste point à l'examen attentif des pupilles et des yeux, à l'étude

---

1. M. Barbier, *Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris*, novembre 1912, p. 418.

cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

Cet enfant est le type de l'atrophique floride, obèse en apparence, il n'a en réalité qu'un pseudo-embonpoint ressortissant à une infiltration marquée des téguments ; la palpation des membres le prouve.

Les urines rares, hautes en couleurs, légèrement albumineuses, tachent le linge.

La diète hydrique maintenue pendant dix jours provoque une perte de poids de 240 grammes, et une transformation favorable de l'état nerveux de notre petit malade.

La reprise bien timide de l'alimentation avec le lait d'ânesse est malheureuse.

L'évolution est entrecoupée par une infection pulmonaire dont nous signalerons l'extrême gravité.

Cette pneumonie heureusement terminée, on fait, devant l'amélioration nette, un nouvel essai d'alimentation lactée, le lait de vache est employé, de nouveau on doit enregistrer de mauvais résultats.

L'œdème fortement effacé réapparaît volumineux, l'agitation renaît, une poussée congestive frappe la base du poumon droit tandis que la température s'élève à 38 degrés.

Le poids, pendant ce temps, baisse de 550 grammes.

Une reprise de la diète ayant amélioré l'enfant, il est emmené par ses parents.

Ceux-ci délaissent bien vite le régime sévère mais indiqué qui leur avait été conseillé.

Le lait de vache est donné, tous les troubles réapparaissent, les urines diminuent, elles sont albumineuses, foncées et tachent le linge. Ramené à l'hôpital, la diète a encore raison de ces troubles.

Complètement désintoxiqué et désinfecté, l'enfant ne tarde pas avec une alimentation nouvelle ayant pour base le lait d'ânesse, à gagner du poids.

L'augmentation est régulière, progressive, coïncide avec une réapparition du calme et de la gaîté.

OBSERVATION III

C... Sylvain, dix-neuf mois.

Entrée 17 novembre 1912, sortie 8 février 1913.

Poids actuel 7.500 grammes.

Enfant amené à l'hôpital pour diarrhée datant de quinze jours.

Les selles sont liquides, fétides, abondantes, des vomissements suivent chaque ingestion d'aliments, l'amaigrissement est marqué.

Ces troubles sont apparus chez un enfant de dix-neuf mois pesant 7.500 grammes, très au-dessous de son poids, indemne, d'antécédents héréditaires nets.

L'enfant est chétif, très amaigri, mycropoly-adénopathie surtout nette à la chaîne cervicale, très légère à l'aisselle.

L'appareil pulmonaire est sain.

La température est à 37 degrés.

22 novembre. — Augmentation de poids très marquée depuis l'entrée : de 75 à 120 grammes par jour.

Les selles sont toujours mauvaises, fétides et glaireuses.

Alimentation. — 1° Bouillies, un bouillon de légumes ; 2° panades, eau d'orge.

Médication. — Bismuth et benzo-naphtol.

5 décembre. — Après une ascension marquée du poids, l'enfant maigrit considérablement et perd chaque jour de 30 à 95 grammes.

Les selles restent glaireuses, liquides, nombreuses, on y a noté la présence, pendant un jour seulement, de pus et de filets de sang.

9 décembre. — L'enfant est grognon, les lèvres fissurées et saignantes, les paupières bouffies. Malgré ces symptômes, le poids augmente, les urines ne sont pas albumineuses.

11 décembre. — Enfant toujours grognon, paupières bouffies, œdème des membres inférieurs et des avant-bras, augmentation de poids considérable : 500 grammes en trois jours, urines abondantes et sans albumine, selles normales.

21 décembre. — Œdème de plus en plus marqué, surtout net à la face où la bouffissure des paupières est telle que les yeux ne peuvent plus être ouverts. Persistance d'un œdème très marqué des mains et des avant-bras, les jambes, elles, sont peu tuméfiées ; la région lombaire est infiltrée.

Submatité et retentissement du cri au sommet pulmonaire droit. Selles normales. Enfant grognon. Légère ascension thermique.

Les œdèmes prédominent sur le côté gauche et la partie supérieure du corps. Le côté gauche de la face, les paupières, l'avant-bras et la main gauche sont plus tuméfiés que les régions symétriques droites.

Ces œdèmes varient d'un jour à l'autre, la tuméfaction de

la face est en particulier très variable. La position ne semble jouer aucun rôle dans la localisation de ces œdèmes. *La diète est prescrite.*

26 décembre. — Diminution très notable des œdèmes, coïncidant avec une perte du poids de 450 grammes en trois jours.

Polyurie abondante. La diète a eu un heureux effet.

17 décembre. — Élévation thermique. Toux grasse, fréquente.

Examen du poumon. — Submatité de la partie moyenne du poumon droit en arrière, respiration soufflante, retentissement du cri, nombreux râles humides.

1er janvier. — L'œdème a complètement disparu, perte de poids de 470 grammes en sept jours, soit 65 grammes par jour en rapport certain avec la disparition des œdèmes.

7 janvier. — Le poids s'est encore abaissé de 290 grammes. Cet enfant a perdu, depuis le 20 décembre, 1.550 grammes.

16 janvier. — Enfant gai, s'alimentant bien et dont le poids s'est élevé de 410 grammes.

Il persiste néanmoins quelques signes pulmonaires : souffle du sommet droit, respiration rude et soufflante du sommet gauche.

L'intradermo-réaction est négative.

30 janvier. — L'enfant est toujours subfébrile, toutefois l'auscultation ne décèle rien de particulier.

Les digestions sont bonnes, les selles normales.

L'augmentation de poids continue.

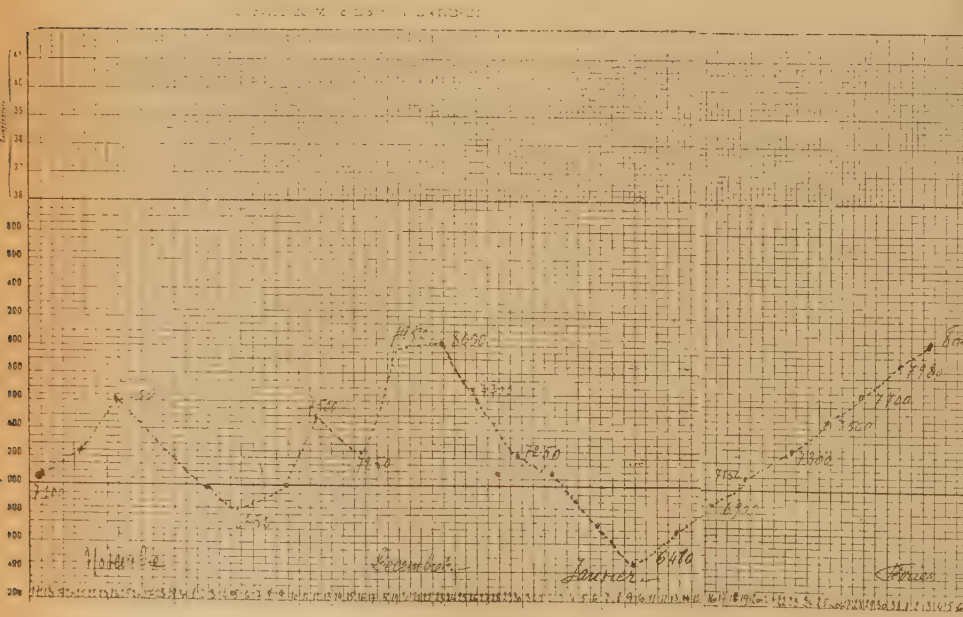
5 février. — Nouvelle élévation de température, enfant légèrement oppressé.

Râles sous-crépitants à l'auscultation du sommet droit

8 février. — L'enfant quitte l'hôpital nettement amélioré, la température est tombée, les signes pulmonaires persistent, mais très atténués.

Le poids est fortement augmenté. Après être tombé à 6.480 grammes au 8 janvier, il atteint maintenant, à la suite d'une ascension régulière, 8.050 grammes.

Cet enfant a récupéré ses pertes de poids antérieures, il a gagné en effet du 8 janvier au 8 février, soit : trente et un jours, 1.570 grammes. L'augmentation journalière qui oscillait durant cette période entre 35 et 70 grammes est en moyenne de 50 grammes.



Nota. — Cette observation est parmi les plus démonstratives que nous puissions fournir.

Si nous suivons, en effet, l'évolution du jeune C... Lucien, nous voyons que cet enfant, indemne d'antécédents héréditaires, chez qui l'intradermo-réaction est négative, entré à l'hôpital pour troubles intestinaux sérieux, présente brusquement, alors que rien dans l'alimentation ne semble l'expliquer, de brusques augmentations de poids.

On reste très perplexe à la vue de cet enfant dont la courbe de poids est presque verticale, qui gagne 500 grammes en trois jours, tandis que l'agitation et les cris persistent.

Brusquement tout s'explique: l'enfant est un infiltré, ses téguments sont lisses, tendus, la peau est épaisse, rigide, donne la sensation d'une résistance élastique ; le visage est bouffi, les paupières énormément tuméfiées.

Ici, l'infiltration est presque généralisée à tout le corps : membres supérieurs et inférieurs, face, région lombaire, tout est pris.

Brusquement, une diète sévère ayant été prescrite, tout s'atténue, l'œdème s'efface, les urines deviennent abondantes, mais restent sans albumine et l'enfant perd 450 grammes en trois jours.

Semblables phénomènes se répètent à trois reprises différentes, avec une intensité plus ou moins grande, ils gardent cependant dans tous les cas leurs principaux caractères.

Du 20 décembre au 7 janvier, cet enfant perd

1.550 grammes de son poids, et, contrairement à ce que l'on serait en droit de prévoir, c'est à ce moment même que le tableau se modifie favorablement.

Dès cet instant, en effet, à part quelques oscillations thermiques d'ailleurs très légères, à part la persistance de signes stéthoscopiques sans grande importance, l'état général est nettement meilleur.

L'enfant est gai, calme, ne crie plus, joue et, fait important, le poids augmente.

Il s'agit actuellement d'une augmentation régulière et progressive, la courbe du poids est d'une régularité absolue et sans la moindre interruption.

OBSERVATION IV

Premier séjour

Madeleine P..., neuf mois, entrée 16 juillet, sortie 5 août 1912.

Poids actuel : 4.280 grammes.

Enfant de neuf mois, pesant 4.280 grammes, soit les 6/10 de son poids normal, amenée à l'hôpital pour vomissements, diarrhée, amaigrissement.

Née à terme (poids inconnu), nourrie au biberon pendant les deux premiers mois ; elle prenait 800 grammes de lait et 400 grammes d'eau bouillie dans les vingt-quatre heures.

Ce régime alimentaire excessif fut maintenu constant.

bien que, dès l'âge de quinze jours, l'enfant présentât de la diarrhée avec trois à quatre selles liquides, glaireuses, par jour.

Entrée une première fois à Hérold pour troubles digestifs en décembre 1911, elle en sort guérie en janvier 1912.

En mai dernier, elle est placée dans une crèche où elle absorbe quotidiennement une quantité de lait indéterminée, l'amaigrissement apparaît, les troubles digestifs s'accentuent. l'enfant rentre de nouveau à Hérold.

Évolution. — L'enfant est infiltrée, et, bien qu'au-dessous de son poids, elle paraît obèse. La peau, au niveau des membres inférieurs, est épaisse et garde l'empreinte du doigt.

En outre, folliculite intense du cou, de la face et du cuir chevelu, abcès sous-cutanés.

Zone de matité avec expiration soufflante au sommet droit en arrière.

Mise à l'eau d'orge dès son arrivée, les vomissements ont cessé, il n'y a plus qu'une selle glaireuse par jour, l'infiltration des membres est atténuée, les téguments sont souples.

20 juillet. — Les abcès ont été ouverts au thermocautère, les papules de folliculite recouvertes de pansements humides à l'eau d'Alibour et à l'eau bouillie simple.

27 juillet. — L'infection cutanée a cessé ; l'enfant quitte l'hôpital le 15 août, en bon état, et ayant gagné 800 grammes pendant son séjour.

Deuxième séjour

Madeleine P..., quatorze mois. Entrée : 17 novembre. Sortie : 9 janvier 1913.

Poids actuel : 4.450 grammes.

Enfant de quatorze mois ramenée à l'hôpital Hérold, après y avoir fait plusieurs séjours. Elle entre actuellement pour toux et troubles digestifs.

Depuis sa dernière sortie, 15 août dernier, elle est restée longtemps bien portante ; alimentée avec deux panades et un litre de lait par jour, elle augmentait régulièrement de poids.

Depuis quinze jours, toux grasse et fréquente suivie parfois de vomissements, en même temps perte d'appétit, constipation, amaigrissement.

Évolution. — Agitée et pleurant fréquemment, l'enfant bien que très au-dessous de son poids est infiltrée. Il s'agit d'une infiltration très accentuée des membres inférieurs et de la région lombaire.

L'appétit est diminué, il y a de la constipation, une bronchite légère.

22 novembre. — Diète à l'eau d'orge le premier jour, deux, puis trois bouillies ensuite. Les mictions sont particulièrement fréquentes, et, le 22 novembre, l'enfant évacue en 7 mictions 400 grammes d'urines. L'infiltration a fortement diminué, l'enfant est calme et gaie, les selles sont moins nombreuses : deux selles par jour, jaunes, épaisses et fétides.

26 novembre. — Élévation thermique à 38°5 due à une poussée de bronchite : toux fréquente, râles de bronchite dans les deux poumons avec prédominance à droite.

L'appétit est conservé, il existe une diarrhée légère : quatre selles par jour, selles très épaisses, mais sans fétidité.

L'infiltration a presque complètement disparu.

5 décembre. — La fièvre est tombée, la diarrhée a disparu,

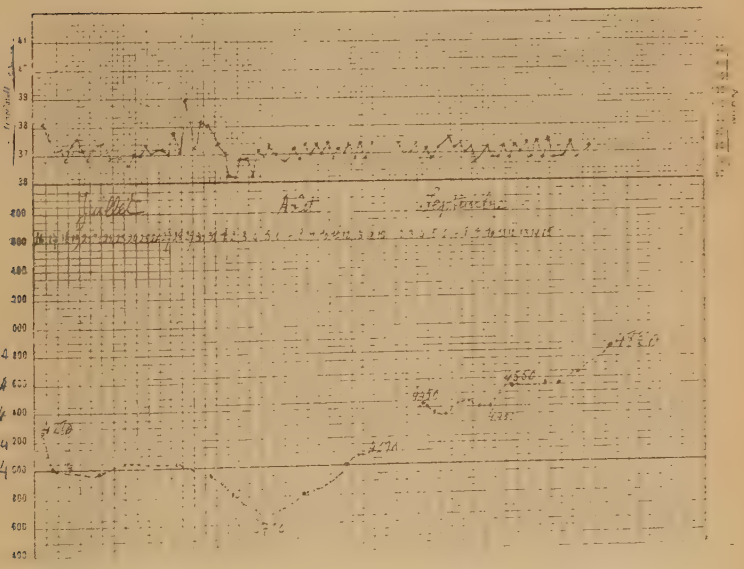
il n'y a plus de râles de bronchite à l'auscultation, la toux a cessé, l'enfant mange bien et commence à pousser.

22 décembre. — Tous les signes de dyspepsie, vomissements, diarrhée ont disparu. L'infiltration s'est résorbée.

Actuellement, l'enfant qui ne tousse plus, est gaie, mange bien, a de bonnes selles. La courbe de poids est cependant très irrégulière encore, il n'y a pas de reprise nette.

9 janvier. — Très améliorée, l'enfant quitte l'hôpital après avoir présenté, depuis le 25 décembre, une courbe de poids nettement ascendante passant de 4.450 à 4.820.

Service de M. le Docteur BARBIER



Nota. — Sortie de l'hôpital en bon état le 15 août, elle doit y entrer de nouveau trois mois après.

L'infiltration, les vomissements, l'agitation et les cris qui ont motivé ce retour, sont-ils imputables à de nouvelles fautes d'alimentation ? C'est fait possible, malgré les déclarations négatives de la mère.

En tout cas, cette observation prouve que les troubles divers qui ont si facilement cédé au régime prescrit à l'hôpital, réapparaissent quand l'enfant est entre les mains de ses parents et, de ce fait, soumise à une alimentation qui a de grandes chances d'être défectueuse.

La diète et les bouillies font disparaître à nouveau œdèmes et troubles dyspeptiques.

L'enfant est remise à sa mère en excellent état et après avoir fait une nouvelle ascension de poids de 800 grammes

OBSERVATION V

M... Lucienne, neuf mois, entrée le 9 juin, sortie le 30 juin 1912.

Poids actuel, 6.000 grammes, inférieur à la normale.

Nourrie au sein jusqu'à six mois, alimentée ensuite au biberon avec 1.200 grammes de lait par vingt quatre heures.

L'enfant est amenée à l'hôpital pour vomissements et constipation.

On trouve à l'entrée un enfant infiltré. Il existe une toux

légère, de l'angine, et à l'auscultation on constate quelques râles de bronchite.

L'enfant a bon appétit, mais ses selles, au nombre de deux ou trois par jour, sont pâteuses et décolorées.

Alimentation : trois panades et eau sucrée.

Les urines sont abondantes et l'enfant rend successivement :

18 juin.....	230	grammes d'urine
20 juin.....	115	—
21 juin.....	170	—
22 juin.....	250	—
23 juin.....	230	—
24 juin.....	190	—
25 juin.....	240	—
26 juin.....	290	—
27 juin.....	200	—

27 juin. — L'infiltration persiste encore mais atténuée. Perte de poids de 200 grammes en trois jours.

30 juin. — Reprise de poids avec le sevrage sans lait.

Chez cette enfant infiltrée et suralimentée au lait de vache, le régime des panades et de l'eau sucrée a provoqué de la polyurie, une chute de poids marquée et rapide, la diminution de l'infiltration.

L'infiltration disparue, le sevrage est suivi d'une reprise du poids.

OBSERVATION VI

Annee 1912-1913. — Vank. Lucienne. sept mois. entrée le 9 décembre 1912, sortie le 16 février 1913:

Poids actuel ; 6.750 grammes.

Enfant de sept mois pesant : 6.750 grammes, amenée à l'hôpital pour toux et eczéma infecté datant de quatre mois.

Née avant terme (huit mois et demi). Poids à la naissance, inconnu. nourrie au sein pendant trois semaines ; cette enfant fut alimentée ensuite au biberon avec 1.500 grammes de lait dans les vingt-quatre heures.

Les troubles digestifs n'ont pas tardé à apparaître. et, depuis deux mois, il existe de l'inappétence. de la diarrhée, des vomissements. Le poids est resté stationnaire.

L'examen à l'entrée montre une enfant très infiltrée. Cette infiltration prédomine aux membres inférieurs.qui sont volumineux, dont la peau est épaisse, dure, sans souplesse. La pression prolongée du doigt provoque un léger godet.

On note en outre du prurigo de la région fessière et de l'eczéma suintant de la face.

Enfant grognon et irritable. Urines très abondan es et albumineuses.

Quelques râles de bronchite à l'auscultation pulmonaire.

10 décembre. — *Diète* : l'enfant urine abondamment : on recueille : 330 grammes d'urines.

12 décembre. — 305 grammes d'urine.

Analyse d'urine :

Volume en vingt-quatre heures : 305 grammes.

Dosage de l'urée : par litre, 3 gr. 90.

par jour, 1 gr. 20.

Un enfant de cet âge pesant 6.5000 grammes devrait éliminer : 0 gr. 80 × 6 = 4 g. 80 d'urée.

Dosage de chlorures en Na Cl : par litre : 0 gr. 60.

par jour : 0 gr. 20.

13 décembre. — Diète hydrique maintenue, en raison de l'eczéma des joues qui est très prurigineux ; on applique un masque, des pansements à l'eau d'Alibour sont appliqués sur les régions siège de prurigo.

16 décembre. — Amélioration nette : enfant gaie, la poussée eczémateuse rétrocède, le prurigo a disparu, l'infiltration a fortement diminué.

19 décembre. — L'eczéma étant presque complètement guéri, on alimente l'enfant : deux panades et 200 grammes de lait par jour.

23 décembre. — La reprise du régime lacté a provoqué une réapparition de l'eczéma de la face, le prurit est violent. La diète est reprise et :

28 décembre. — Rétrocession de l'eczéma, mais légère élèvation thermique imputable à une poussée de bronchite avec gorge rouge et suintante, petits abcès de la région occipitale.

6 janvier. — Amélioration : température retrocède doucement, la toux cesse. Infiltration qui ne persiste plus qu'aux lieux d'élection.

25 janvier. — Après une période d'incertitude pendant laquelle, malgré l'amélioration de l'état général et la disparition de l'infiltration, l'enfant présente de grandes oscillations thermiques et des poussées eczémateuses rétrocédant

facilement sous l'influence de la diète : elle entre dans la phase de guérison.

Grâce au régime des pommades et des bouillies associées à 300 grammes seulement de lait de vache par jour, le poids augmente régulièrement ainsi que le montre l'ascension progressive de la courbe. Les selles sont bonnes, l'appétit normal, l'eczéma et l'infiltration ont cessé.

16 février. — L'enfant quitte l'hôpital guérie. Le poids actuel est : 6.500 grammes.

Nota : Chez une enfant née avant terme, l'alimentation défectueuse au lait de vache a provoqué, outre les troubles digestifs habituels en pareil cas, une infiltration dure des téguments des membres inférieurs et des lésions cutanées : impétigo et eczéma.

La diète est suivie de diurèse abondante coexistant avec une diminution de l'infiltration et une atténuation des lésions cutanées.

Infiltration et lésions sont, notons-le, étroitement soumises au régime alimentaire puisqu'elles s'effacent ou reapparaissent dès que la diète est prescrite ou supprimée.

Après une période d'incertitude avec courbe oscillante du poids, l'enfant, enfin désintoxiquée, augmente de poids, grâce à un régime de bouillies et de panades associées à 300 grammes seulement de lait de vache.

OBSERVATION VII

L. S..., quatre mois.

Entrée à l'hôpital Hérold le 9 avril 1913, sortie le 16 avril 1913.

Poids actuel 4.520 grammes.

Enfant amenée d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic de gastro-entérite.

Les troubles digestifs sont très accentués depuis trois ou quatre jours, se manifestant par de la diarrhée assez abondante, fétide, grumeleuse, glaireuse et verdâtre, par des vomissements apparus depuis deux jours, par un amaigrissement marqué. Mais, en réalité, l'origine de ces troubles est beaucoup plus éloignée :

Cette enfant née à terme et pesant 3.500 grammes à la naissance, fut nourrie dès le début au lait de vache dans des proportions très exagérées : environ 3/4 de litre de lait par jour.

Alimentation assez bien supportée pendant deux mois, puisque l'enfant gagne 1.000 grammes pendant ces deux mois.

Mais à partir de ce moment des troubles multiples apparaissent : l'enfant perd l'appétit, boit peu, dort peu, crie la nuit, est grognon.

Selles diarrhéiques fétides, tantôt verdâtres, tantôt décolorées, presque blanches, ventre ballonné ou normal, l'amaigrissement et la pâleur complètent le tableau et, depuis huit jours, tous ces signes augmentent.

A l'entrée. — Enfant pâle, abattue, grognon, infiltrée ;

bouffissure de la face et des paupières, épaississement de la peau des membres inférieurs.

Ventre mou et souple.

Pas d'adénopathie.

Rien à l'auscultation.

Langue normale. Appétit conservé. Température à 37 degrés. Pouls petit.

Antécédents. — Mère soignée dans son enfance à Hérold et à Hendaye pour tuberculose pulmonaire.

Grand-père maternel mort de tuberculose pulmonaire.

Régime : diète sévère prescrite dès l'entrée.

14 avril. — *Évolution.* — L'infiltration persiste, mais œdème mou et moins marqué. Diarrhée toujours persistante, selles très mauvaises, glaireuses.

Boit très peu.

L'amaigrissement continue, phénomènes généraux plus accentués.

Enfant très abattue, très pâle, yeux excavés.

Température 38 degrés.

Pouls accéléré.

Signes physiques : ventre aplati.

16 avril. — Aggravation des signes généraux.

Abattement de plus en plus marqué.

La température s'élève à 38 degrés.

Emmenée par sa mère.

Nota. — Cette enfant, dont l'hérédité tuberculeuse est indéniable, a présenté sous l'influence d'une suralimentation au lait de vache, l'infiltration habituelle aux atrophiques florides et des troubles intestinaux très graves. La diète sévère prescrite dès l'entrée

n'a pu, contrairement à ses heureux effets, faire disparaître ces symptômes graves et, lorsque la mère reprend son enfant, le pronostic est des plus sombre.

OBSERVATION VIII

E... Geneviève, entrée le 6 mai, décédée le 11 juin, onze mois.

Poids actuel : 7.300 grammes.

Nourrie par sa mère jusqu'à trois mois, elle reçoit de trois à dix mois une alimentation inconnue, depuis un mois elle est nourrie à la crèche.

Depuis son entrée à la crèche, elle maigrit, a des troubles gastriques très accentués.

Vomissements fréquents.

Diarrhée avec trois à quatre selles par jour.

Inappétence absolue. Refus d'aliments, agitation, cris, insomnie, sommeil troublé depuis une huitaine.

Les téguments sont épaissis, durs, manquent de souplesse, les masses musculaires sont atrophiées et n'ont point leur fermeté normale.

Régime. — Diète hydrique. L'enfant n'absorbe que de l'eau d'orge pendant quatre jours.

On lui donne en outre, sous nitrate de bismuth. Benzonaphtol.

11 mai. — L'enfant semble améliorée, malgré une perte de poids de 250 grammes en sept jours.

Diurèse abondante.

La peau est encore légèrement épaissie, mais a déjà repris

en partie sa souplesse. L'œdème, bien que diminué, persiste, ainsi que le prouve l'empreinte due à la pression du doigt.

Reprise de poids à partir du 11 mai, diminution de l'œdème qui semble cependant avoir persisté jusqu'au 26.

A fin mai, l'enfant qui présente de l'herpès nasal, des éruptions pemphigoïdes et impétigineuses ; a de grandes oscillations thermiques.

4 juin. — Une éruption de rougeole apparaît, elle se complique, le 6, d'une broncho-pneumonie double.

Râles fins nombreux, disséminés dans les deux poumons.

Souffle du sommet droit.

Température à 40°5, pouls à 160. Toux fréquente.

Rouge vif au début, l'éruption a pâli.

De nouvelles bulles de pemphigus apparaissent.

La température s'élève à 41°2, le 8 juin, l'enfant succombe.

Cette observation nous montre outre les faits déjà indiqués : perte de poids considérable en quelques jours, diminution de l'œdème, diurèse, le tout grâce à la diète hydrique, une prédisposition nette aux infections cutanées, septiques et graves.

La rougeole enfin, dont l'éruption ne tarda pas à pâlir, fut particulièrement grave et se compliqua presque d'emblée d'une broncho-pneumonie double.

OBSERVATION IX

D... Roger, trois mois, entré le 29 octobre 1912, décédé le 4 novembre 1913.

Poids actuel : 4 kgr. 650.

Né à terme, poids de naissance : 2 kgr. 700. Nourri au sein pendant le premier mois, il est mis ensuite au biberon.

Entre pour toux et vomissements.

Antécédents personnels. — Rien.

Antécédents héréditaires. — Mère tousse, phtisie probable. Père bien portant.

Antécédents collatéraux. — Quatre autres enfants dont trois morts : neuf mois, tuberculose ; huit mois, tuberculose ; cinq ans (diphtérie).

4° Petite fille de huit ans insuffisamment développée.

L'enfant est infiltré, abattu, dyspnéique.

Diarrhée glaireuse.

Vomissements fréquents.

Matité du sommet droit avec souffle.

Régime. — Diète le premier jour, 300 grammes de lait ensuite.

Perte de poids de 520 grammes en quatre jours. Mort le 4 novembre.

Nota. — Cette courte observation nous fait sentir combien, chez les atrophiques florides dont l'hérédité est entachée de tuberculose, la diète, souvent si salutaire, est impuissante. La perte de poids fut considérable (130 gr.), mais contrairement à ce que nous constatons habituellement chez ces malades, cette chute de poids ne fut pas le prélude d'une amélioration de l'état général.

OBSERVATION X

M... Lucien, six mois, entré le 6 janvier, sorti le 6 février 1913.

Poids actuel : 7.820 grammes.

Entre à l'hôpital pour toux grasse, peu fréquente et fièvre légère datant de quinze jours. L'enfant présente en outre des vomissements dont le début est antérieur à celui des troubles sus-indiqués.

Sevré à un mois, la mère n'ayant plus de lait, il est nourri au biberon et prend journellement 1 litre de lait additionné d'eau au cinquième.

L'examen montre un enfant infiltré ; cette infiltration surtout nette aux membres inférieurs qui sont volumineux, existe aussi aux membres supérieurs. La peau est épaissie, dure, lisse et blafarde. La pression prolongée du doigt arrive à déterminer un léger godet d'ailleurs passager.

Stigmates d'hérédo-syphilis possible : fontanelle antérieure largement ouverte, clavicules noueuses.

Râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Urines : 250 grammes.

Antécédents personnels. — Né à terme. Poids à la naissance : 3.500 grammes.

4 février. — Sous l'influence de la diète, prescrite dès l'entrée, et maintenue pendant plusieurs jours, le poids a baissé de 300 grammes, l'infiltration a nettement diminué, les téguments des membres inférieurs ont retrouvé leur souplesse.

Nous mettrons en évidence les faits saillants de cette observation en disant :

Enfant suralimenté au lait de vache, nettement infiltré, et qui, grâce à la diète, perd 300 grammes en quatre jours en même temps que l'infiltration s'atténue.

OBSERVATION XI

Barbier, *Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris*, novembre 1912.

(Année 1911, n° 64.)

Ch..., trois mois, nourri au lait de vache (1 litre depuis sa naissance).

Poids actuel : 3 kgr. 500 (au-dessous de son poids) ; amené parce que depuis cinq jours il présente des vomissements et des selles plus abondantes, puis des crises convulsives à trois reprises différentes depuis trois jours.

Enfant agité, inquiet.

Infiltration caractérisée par bouffissure de la face et des paupières, épaississement de la peau des membres inférieurs.

Urines légèrement albumineuses.

Évolution. — Disparition rapide des vomissements, disparition de l'albumine également pour le 2 juillet (huit jours après).

L'enfant est nourri avec 200 grammes de lait d'ânesse. Remis au lait de vache, il présente à nouveau des vomisse-

ments et des convulsions le 9 juillet. Le 11 juillet, il présente de l'infection cutanée et du cuir chevelu.

L'analyse des urines faite pendant la période de diète donne 5 gr. 5 de sels par litre, dont 2 gr. 5 de chlorure.

OBSERVATION XII

Barbier, *Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris*, novembre 1912.

(Année 1912, n° 71.)

Poids : 9.750.

Nourri par sa mère jusqu'à sept mois. Un litre et demi de lait de vache depuis.

Enfant infiltré, mais peu intoxiqué. Perd 750 grammes au début en sept jours.

S'améliore rapidement avec reprise régulière de poids sous l'influence d'un sevrage dont le lait est exclu.

OBSERVATION XIII

Barbier, *Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris*, novembre 1912.

(Année 1911, n° 37.)

B..., sept mois, poids 5.970.

Nourrie par sa mère jusqu'à un mois : régime mixte jusqu'à trois mois. Au biberon seul depuis quatre mois.

Même aspect que les précédents. Bronchite à l'entrée. Jusqu'au 20 mars de 100 à 150 grammes d'urines seulement.

Perte de poids du 9 au 17 : 540 grammes.

A ce moment rougeole, suivie de broncho-pneumonie. d'abcès sous-cutanés, de sphacèle de la peau, d'érysipèle. Otite double suppurée.

Reprise du poids à partir du 8 avril, sort en bon état.

DESCRIPTION

DES PRINCIPAUX

PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES

OBSERVÉS CHEZ LES ATROPHIQUES FLORIDES

Les observations précédentes nous ont fourni, croyons-nous, matière suffisante pour tenter de décrire, dans un chapitre de synthèse, les principaux phénomènes pathologiques observés chez les atrophiques florides.

D'emblée, nous établirons une classification et distinguerons :

1° Accidents cutanés ;

2° Accidents digestifs ;

3° Accidents pulmonaires ;

4° Accidents nerveux ;

5° Modifications urinaires ;

6° Modifications sanguines.

Nous étudierons ensuite l'étiologie de cette affection, son pronostic, son diagnostic et le traitement à lui appliquer.

Bien que notre but ne soit pas de pénétrer l'intimité des faits et d'expliquer la pathogénie de sem-

blable état, nous nous réservons cependant d'exposer timidement à votre appréciation les conceptions pathogéniques que nous ont suggérées l'observation de ces malades et les résultats du traitement qui leur fut appliqué.

1° *Accidents cutanés.* — L'infiltration des téguments est, chez ces nourrisons, fait capital. C'est-elle, en effet, qui leur donne cet aspect d'embonpoint qui les caractérise, elle leur a valu de M. Barbier le qualificatif de « Florides ».

Nous n'insisterons pas sur certains caractères objectifs de cette infiltration déjà décrits au début de ce travail et mis en évidence, à plusieurs reprises, dans l'exposé des observations.

Qu'il soit donc entendu que les téguments de ces enfants sont le siège d'un œdème dur. Cet œdème épaissit la peau, lui fait perdre sa souplesse et lui donne une teinte pâle et blafarde.

La palpation à pleine main des membres infiltrés de ces petits malades, donne une sensation de résistance élastique nullement comparable à la mollesse et à la dépressibilité habituelles de l'œdème, quelque peu analogue à la dureté et à l'élasticité du caoutchouc.

Bien que dur, cet œdème est cependant dépressible, le godet est possible mais il est léger, apparaît difficilement, exige une pression digitale prolongée ; et disparaît lentement.

Cette dépression est quelquefois obtenue par les langes ou les parties du vêtement susceptibles d'exer-

cer une compression forte et prolongée telle que la partie supérieure de la bottine ainsi que nous l'avons décrit dans l'observation I.

Siège. — L'infiltration a ses régions de prédilection : les membres inférieurs, la face. Les membres inférieurs sont tuméfiés et cette tuméfaction est surtout nette à la partie antéro-latéro-latérale, des jambes, aux cuisses.

La face est bouffie, les paupières œdématiées, les joues pleines, les lèvres épaissies, dans certains cas, la face entière est bouffie.

Localisée le plus souvent aux régions sus-désignées, l'infiltration peut être plus étendue. Nous l'avons vue, dans les observations I et III, s'étendre à une grande partie des téguments.

Elle frappe dans ces cas, outre la face et les membres inférieurs, la paroi abdominale, la région lombaire, les parois thoraciques et les membres supérieurs même.

Elle semble avoir une prédilection pour les régions déclives et riches en tissu conjonctif lâche, où elle est toujours, même dans des cas plutôt rares de généralisation, prédominante et persistante.

Intensité. — Variable de siège et d'étendue, elle varie également d'intensité. Nous trouvons, en effet, tous les degrés entre l'infiltration à peine appréciable à la vue et qui doit être mise en évidence par la palpation large des membres ou la pression prolongée du doigt, et ces énormes tuméfactions des membres signalées dans l'observation I.

Dans ces cas, nous voyons apparaître de véritables bourrelets œdémateux, séparés par des sillons profonds, siège de lésions cutanées diverses et particulièrement d'intertrigo éclairé et suintant.

Évolution. — Tous les degrés également dans le mode d'évolution. Un fait cependant semble dominer l'évolution ; l'influence très nette du régime alimentaire.

Il nous est difficile de préciser le mode de ces œdèmes avant l'entrée à l'hôpital. Les troubles digestifs, pulmonaires, nerveux ont seuls attiré l'attention des parents et motivé l'entrée ; l'infiltration, elle, a passé inaperçue.

Il n'en est heureusement plus de même pendant le séjour à l'hôpital. Cette infiltration est, en effet, dès le premier examen de l'enfant, l'objet d'une attention particulière, on l'observe attentivement. Chaque jour, on en suit l'évolution.

Or, le régime alimentaire est tout dans cette évolution. Sous l'influence de la diète hydrique, nous voyons ces œdèmes s'atténuer en quelques jours, une semaine au plus.

Dans certains cas, la résorption est tellement rapide que nous la voyons se faire sous nos yeux et que nous pouvons en mesurer les étapes. C'est le cas de l'observation I où, grâce à la diète prescrite dès l'entrée, la circonférence maxima du mollet tombe de 21 à 19 centimètres en quelques jours.

Toujours atténuée par la diète ou un régime alimen-

taire pauvre en lait de vache, cette infiltration ne disparaît pas complètement, à la première tentative thérapeutique. Nous la voyons en effet persister, bien qu'atténuée, aux sièges de prédilection, membres inférieurs notamment. Plusieurs essais sont souvent nécessaires pour qu'elle disparaisse complètement.

Fait très intéressant à signaler également, c'est la réapparition brusque des œdèmes et de la bouffissure avec le changement de régime et le retour au lait de vache.

Plusieurs observations, et en particulier, l'observation II, nous prouvent que les heureux résultats de la diète hydrique, sont immédiatement compromis par un retour à l'alimentation lactée quelque peu abondante.

Plusieurs de ces nourrissons, durant leur séjour à l'hôpital, ont présenté, à maintes reprises, des augmentations et des diminutions successives de poids en relation étroite avec l'alimentation.

Les mêmes phénomènes surviennent rapidement quand l'enfant, confié à ses parents, est de nouveau soumis à un régime alimentaire défectueux.

Nous avons pu voir certains d'entre eux, complètement desinfiltrés, et desintoxiqués, délivrés de leurs troubles digestifs ou pulmonaires, en très bon état général, en pleine voie d'accroissement, être ramenés quelques jours ou quelques semaines après pour des troubles semblables à ceux qui avaient nécessité leur première entrée. Ces enfants, malgré les

conseils donnés, avaient été de nouveau nourris au biberon et le plus souvent avec une quantité trop importante de lait de vache.

La diminution de l'infiltration coïncide toujours avec une diminution du poids, une amélioration de tous les phénomènes pathologiques notés chez ces nourrissons et des modifications urinaires importantes.

Nous ne décrirons pas en détail tous ces faits car nous devons y revenir et les étudier complètement dans des chapitres ultérieurs.

Notons cependant que l'apparition de l'œdème est parfois précédée, à peu de jours de distance, d'une augmentation considérable du poids.

Lésions cutanées. — Les lésions cutanées observées chez les atrophiques florides sont essentiellement multiples.

Il y a, chez ces enfants, ainsi que le dit M. Barbier, une véritable prédisposition aux infections septiques cutanées.

Cinq de ces malades ont été porteurs de lésions diverses et d'intensité variable.

Nous nous limiterons, ne pouvant décrire ici tous les caractères de ces lésions, à mettre en évidence ceux de ces caractères qui nous ont paru importants.

Au premier degré, c'est un aspect particulier de la peau, observé dans un cas d'infiltration considérable. La peau est rouge, tendue, luisante, le pincement

entre deux doigts d'une masse œdémateuse, donne aux téguments un aspect lisse et humide.

Dans cette même observation, nous avons pu voir, au niveau des sillons séparant les bourrelets œdémateux, un intertigo suintant et ulcéré en certains points.

A un degré plus élevé, ce sont des abcès sous-cutanés multiples, petits en général, de la grosseur d'un noyau de cerise, plus gros par fois et atteignant les dimensions d'une noix.

Ces abcès sont variables de siége, nous les avons vus, dans l'observation I prédominer dans les régions, siége d'une infiltration importante, dans la partie inférieure du corps surtout. Dans d'autres cas, nous les trouvons au cuir chevelu, au cou.

Nous aurons affaire chez ces malades, aux papules punctiformes, rouges, accompagnées de démangeaisons violentes, qui caractérisent le prurigo. L'observation IV nous montre une enfant atteinte de folliculite intense du cou, de la face et du cuir chevelu, avec, en plus, des abcès multiples.

Ailleurs, ce sont les bulles hémisphériques à contenu louche, gris-jaunâtre qui caractérisent le pemphigus. Ce pemphigus coexiste chez un de ces malades avec de l'herpès nasal. Il disparaît et réapparaît à plusieurs reprises chez cet enfant qui finit par succomber à une rougeole grave compliquée de broncho-pneumonie double. Chez d'autres, ce sont les lesions classiques de l'impétigo avec ses croûtes jaunâtres caractéristiques.

L'éczéma, si fréquent chez le nourrisson dyspeptique, atteint de constipation habituelle ou d'alternatives de consptipation et de diarrhée, n'épargne point l'atrophique floride.

Nous l'avons vu, dans l'observation VI, il coexistait chez cet enfant avec du prurigo de la région fessière.

Infecté et suintant, il était recouvert de croûtes impétigineuses et s'accompagnait d'un prurit violent.

Ce prurit est particulièrement fréquent chez ces enfants, existant seul ou accompagnant d'autres lésions cutanées, énervant le malade et expliquant parfois sa mauvaise humeur, ses cris, son agitation

Bref, nous pouvons trouver chez l'atrophique floride, toutes les lésions cutanées habituelles au nourrisson, depuis le simple érythème jusqu'aux graves lésions de sphacèle cutané signalées dans l'observation XIII.

Ces lésions accompagnent l'infiltration œdémateuse et présentent avec elle des relations particulières.

Lésions cutanées et œdèmes évoluent parallèlement ; nous avons souvent vu l'impétigo, l'eczéma, les abcès cutanés s'améliorer en même temps que l'infiltration.

Le rôle de la thérapeuthique habituelle à chacune de ces lésions est, certes, indéniable, il n'en reste pas moins vrai que le régime alimentaire contribue beaucoup à leur amélioration et à leur guérison.

L'observation VI est, à ce sujet, un exemple net ;

elle nous montre en effet que, chez cet enfant, le prurigo et l'eczéma impétiginisé de la face, s'atténuent notablement avec la diète, réapparaissent violents avec un régime où la quantité de lait de vache est cependant minime pour céder finalement à la diète.

Notons en dernier lieu que ces troubles, très marqués, chez certains petits malades, sont réduits au minimum et même font défaut chez d'autres.

C'est une particularité propre à l'atrophique floride de se présenter à nous sous un tableau clinique très variable et en aspect et en intensité.

L'observation (1), particulièrement complète, pourrait nous servir à elle seule à décrire le type, d'autres par contre sont pauvres en manifestations morbides et l'infiltration y constitue presque tout le tableau clinique.

ACCIDENTS DIGESTIFS

ET MODIFICATIONS DU POIDS

Ici, encore, il nous est impossible de décrire en détail tous les troubles digestifs présentés par l'atrophique floride, pareille description serait sans intérêt. Nous nous limiterons donc, comme pour la plupart des autres phénomènes morbides, à une énumération rapide et chercherons surtout à faire ressortir leurs caractères particuliers.

Très fréquents chez ces malades, puisque nous les voyons signalés dans toutes les observations, ils sont précoces et souvent responsables à eux seuls de l'entrée à l'hôpital.

Au premier plan par leur fréquence, ce sont les phénomènes constatés ordinairement chez les nourrissons soumis à une alimentation artificielle plus ou moins défectueuse.

Les selles. — 1° *Les modifications des selles.*

Celles-ci, rares, dures, compactes, contiennent des grumeaux caséeux traduisant, par leur présence, l'existence d'une digestion insuffisante.

Dans d'autres cas, ces selles sont liquides, fétides,

glaireuses, verdâtres ou au contraire blanches et décolorées.

Des vomissements complètent parfois le tableau, simples régurgitations de quelques gorgées de lait au début, ils deviennent peu à peu plus importants, l'estomac vide complètement son contenu un temps plus ou moins long après le repas.

L'appétit est diminué, parfois complètement supprimé, la soif est vive, créant l'agitation, expliquant les cris que calme le biberon d'eau d'orge ou d'eau bouillie légèrement sucrée.

L'évolution de ces troubles est chronique mais entre-coupée de poussées aiguës caractérisées par une augmentation de tous les symptômes habituels.

A l'instar des autres accidents, et mieux que certains d'entre eux, les accidents digestifs sont favorablement influencés dans leur évolution par la diète ou un régime alimentaire approprié.

En outre, chez ces sujets assez souvent constipés, l'administration d'huile de ricin unissant ses effets à ceux de la diète hydrique a coutume de provoquer le rejet de selles particulièrement abondantes et horriblement fétides.

Il faut voir là, croyons-nous, une véritable désintoxication coexistant d'ailleurs avec une diminution de l'infiltration et quelquefois une polyurie plus ou moins abondante.

Modifications du poids. — Nous ne saurions passer sous silence ici les modifications de poids signalées maintes fois déjà dans les observations et qui consti-

tuent un des caractères essentiels de l'atrophique floride. Ce dernier est un véritable deséquilibré du poids.

Bien qu'obèse en apparence, cet enfant qui est un atrophique, est, par définition même, au-dessous du poids normal à son âge. Nous voyons en effet ces faux obèses ne peser que les 4/5, les 3/4 de leur poids normal ; de plus, ce poids déjà minime, est en partie représenté par l'eau qui filtre leurs tissus.

Sous l'influence de la diète, un premier fait est observé : la chute habituelle et souvent considérable du poids.

Cette baisse de poids peut, dans certains cas, relativement à ce qui se passe habituellement chez ces nourrissons, être légère et atteindre 25 ou 30 gr. par jour. Pareil fait s'observe chez ceux dont l'infiltration est peu marquée ou déjà en voie d'atténuation.

Le plus souvent la chute est considérable, elle atteint 4 ou 500 grammes en trois ou quatre jours. Elle est unique et rapide, évoluant dans l'espace de quelques jours, d'une semaine au plus, ou bien au contraire, et, c'est le cas le plus fréquent, elle est multiple, marquée par plusieurs oscillations descendantes entrecoupées de rechutes et d'ascensions. Nous avons pu noter chez ces enfants des pertes de poids de 1.500 grammes en vingt jours.

Caractère important à signaler dans ces modifications du poids, c'est l'existence préalable d'une augmentation brusque et importante. Nous voyons ces

enfants, ainsi que le dit M. Barbier, augmenter brusquement de poids, gagner 500 grammes en quelques jours, alors que rien dans leur alimentation ne peut expliquer senblable ascension, tandis que les symptômes généraux persistent avec toute leur intensité et même s'aggravent.

Il s'agit là, en réalité, d'une rétention aqueuse provoquée par l'alimentation ; la diète en effet, en permettant la résorption de cette eau d'infiltration, provoque bien vite une chute égale à l'ascension.

Quand ces enfants, ont, par un régime approprié, évacué définitivement leur liquide d'infiltration, le tableau change complètement ; les troubles digestifs, cutanés, nerveux disparaissent avec les œdèmes, l'état général s'améliore, l'appétit renaît, les selles reprennent leurs caractères normaux et le poids s'accroît. Ils arrivent parfois à compenser très rapidement leurs pertes antérieures, et, après avoir perdu, comme certains d'entre eux, 1.400 ou 1500 grammes quittent l'hôpital avec un poids supérieur à celui de leur entrée.

Cette augmentation continue si le régime alimentaire approprié est maintenu ainsi que le prouve l'une de ces observations où M. Barbier a pu suivre l'un de ces petits malades, longtemps après sa sortie de l'hôpital.

Accidents pulmonaires. — Bien que moins fréquents que les troubles digestifs qui sont au premier plan à ce point de vue, les troubles pulmo-

naires sont signalés dans la plupart de nos observations.

Au degré le plus léger, c'est une toux grasse, sans expectoration pour laquelle l'enfant est amené à l'hôpital. A un degré plus élevé, c'est une bronchite légère avec râles disseminés dans les deux poumons.

Fréquemment aussi ce sont des foyers congestifs du poumon, siégeant au sommet ou dans une partie quelconque du poumon, accompagnés de toux, de fièvre, de dyspnée légère.

Ils se traduisent à la percussion par une zone de matité plus ou moins franche, donnent à l'auscultation du retentissement du cri, un souffle, des râles fins.

Mobiles habituellement, passant d'un point à un autre de la surface pulmonaire, accompagnés d'oscillations thermiques souvent très marquées, ils ont, parfois tendance à persister.

Alors que les lésions cutanées, les troubles digestifs, l'infiltration ont disparu sous l'influence du traitement, semblables foyers résistent et expliquent, par leur persistance, les oscillations de la courbe thermique.

Gravité. — C'est un de leurs caractères qui fut bien mis en évidence par M. Barbier. L'observation I nous a montré la gravité extrême de la pneumonie dont fut frappé ce nourrisson ; d'autres ont eu, au cours de la rougeole, des broncho-pneumonies extrêmement graves.

Troubles nerveux. — Agitation plus ou moins

vive, insomnie, cris, mauvaise humeur, sont des symptômes habituels chez ces nourrissons.

A un degré de plus, nous avons des réactions nerveuses graves : crises convulsives successives, raideur de la nuque, vomissements, prêtant à confusion avec la méningite.

Le diagnostic de la méningite ne résiste point d'ailleurs à un examen approfondi du malade et à une appréciation exacte de la valeur des symptômes.

Le signe de Kernig fait défaut, il n'y a ni troubles oculaires, ni paralysies : la ponction lombaire donne issue à un liquide clair sans réaction leucocytaire, sans albumine. Il y a donc réaction méningée sans méningite vraie.

Ces manifestations nerveuses diverses dont l'origine toxique est probable nous paraissent devoir être rapprochées, bien que différentes dans leur expression, de l'état de somnolence et d'hébétude signalé par MM. Nobécourt et Maillet dans la forme athrepsique de l'azotémie des nourrissons (1).

Intéressantes par leurs manifestations cliniques, ces réactions nerveuses le sont également par leur évolution favorablement influencée par la diète hydrique et plus tard par un régime nouveau substitué à l'alimentation au lait de vache.

A l'instar de tous les troubles étudiés jusqu'ici, elles résistent rarement à cette thérapeutique simple.

---

1. MM. Nobécourt et Maillet, *Société de Pédiatrie de Paris*, novembre 1912, p. 435.

aussi avons-nous pu voir des enfants agités, grognons, dormant mal, reprendre en l'espace de quelques jours leur calme, leur gaieté, leur sommeil.

Modifications urinaires. — Dans une affection où l'infiltration œdémateuses des téguments est le symptôme capital qui permet de caractériser le type morbide, l'étude des urines semble particulièrement importante. Malheureusement, vu la difficulté toujours grande qu'il y a à recueillir les urines du nourrisson, nos documents sur ce point ne sont pas très nombreux ; nous en possédons cependant quelques-uns qui nous permettront, croyons-nous, de dégager les faits principaux.

Durant la période de rétention œdémateuse, les urines sont le plus souvent rares, hautes en couleur, tachent le linge. Il existe en outre de la pollakiurie, une diminution souvent nette de la quantité des chlorures, une albuminurie légère et inconstante.

Pour les urines comme pour les autres manifestations morbides, nous observons cette règle, en quelque sorte générale : par l'influence heureuse et indéniable de la diète hydrique sur l'évolution des troubles de l'atrophique floride.

Avec la diète, la quantité des urines augmentent, l'œdème s'atténue ou disparait et sa disparition est marquée parfois par une véritable crise polyurique accompagnée de décharge chlorurée.

Deux observations sont surtout démonstratives à ce point de vue : l'observation I où nous voyons le volume de l'urine passer

De 110 cmc. le 22 novembre jour d'entrée
à 220 cmc. le 24,
à 270 cmc. le 4 décembre

Chez ce même enfant, l'élimination chlorurée, qui est de 1 gr. 32 le 22 novembre, atteint 2 gr. 20 le 24 novembre, au moment même où, sous l'influence de la diète, l'infiltration est en voie de résorption.

Des phénomènes analogues se produisent chez le petit malade visé par l'observation V. Récoltées pendant neuf jours, les urines augmentent progressivement de quantité à mesure que l'œdème disparaît et que l'état général s'améliore.

Semblables modifications urinaires, d'une netteté même plus grande, se produisent chez un autre enfant dont l'observation est publiée à la fin de ce travail (obs. XIV).

L'infiltration et par suite le poids augmentent-ils ? Les urines subissent des modifications inverses et reprennent leurs caractères primitifs.

Ces modifications urinaires, en rapport avec le régime alimentaire d'une part ; avec l'évolution de l'infiltration et avec le poids d'autre part, constituent le fait habituel déjà signalé par M. Barbier, mais non forcément constant.

Quant à l'albuminurie, signalée dans plusieurs observations et traduisant peut-être une lésion rénale, elle est le plus souvent légère, mais semble parfois persister longtemps.

Modifications sanguines. — Ces petits malades bouffis, d'aspect obèse, aux tégumeuts pâles et aux

muqueuses décolorées sont souvent des anémiques. Un examen de sang, dont nous avons donné les résultats, montre chez l'un d'eux une anémie de moyenne intensité.

Température. — La température est rarement normale chez ces nourrissons. Sa courbe est en effet entrecoupée d'oscillations légères le plus souvent, mais parfois très grandes et qu'on s'explique facilement si l'on veut bien considérer que, chez eux, les causes de perturbation thermique sont nombreuses.

Le retour et le maintien ultérieur de la température à la normale coïncident, dans la majorité des cas, avec une atténuation de tous les symptômes et la disparition de l'œdème.

Pronostic. — Différents facteurs régissent le pronostic de cette affection et parmi les principaux : le traitement plus ou moins précoce, l'étiologie, les maladies infectieuses surajoutées.

L'hérédité tuberculeuse ou syphilitique, notée parfois dans les antécédents de ces nourrissons, assombrit nettement le pronostic.

Sur deux enfants hérédo-tuberculeux nets, l'un est mort à l'hôpital, l'autre fut emmené par sa mère dans un état des plus grave.

Une thérapeutique précoce représentée essentiellement par une diète sévère a, dans l'évolution et le pronostic des accidents, un rôle déjà montré et dont l'importance est considérable. Elle est susceptible en effet, de transformer complètement et ceci, dans l'espace de quelques jours ou de quelques semaines

au plus, ces enfants infectés, infiltrés, fiévreux, en mauvais état général.

Malgré cette heureuse influence, le pronostic doit toujours être réservé chez semblables sujets. Ils ont, en effet une prédisposition des plus nette aux infections septiques hospitalières. Ces infections revêtent en outre facilement chez ces malades des formes sévères. L'un de ces malades eut, durant son séjour à l'hôpital, une pneumonie extrêmement grave.

D'autres succombèrent à des rougeoles malignes à éruption anormale, pâlissant rapidement et compliquées de broncho-pneumonie.

L'érysipèle fut noté chez un autre, l'otite double, toutes complications qui aggravent singulièrement le pronostic quand elles frappent des sujets ainsi débilités, intoxiqués et, de ce fait, en état de moindre résistance.

Étiologie. — L'histoire de l'atrophique floride est dominée par un facteur étiologique capital: l'alimentation.

Ce sont en effet des nourrissons alimentés au lait de vache et le plus souvent suralimentés. Certains, nous l'avons vu, absorbaient journellement, à huit ou neuf mois, 1.200 à 1.500 grammes de lait, l'un d'eux prenait même 2 lit. 5 de lait dans les vingt-quatre heures.

Il existe parfois d'autres facteurs, des antécédents héréditaires divers : tuberculose, syphilis, alcoolisme. Nous avons parfois affaire à des enfants débiles, nés

avant terme, et qui, malgré une alimentation bien réglée, poussent mal et arrivent à s'infiltrer.

Mais c'est l'exception, et si ces facteurs étiologiques jouent un rôle, il est inférieur à celui de l'alimentation et surtout de la suralimentation au lait de vache.

L'alimentation maternelle peut-elle être mise en cause ? Aucune de nos observations ne permet pareille déduction, toutes au contraire démontrent que, durant l'alimentation au sein, l'enfant poussait bien et ne présentait aucun trouble important.

Dès sa suppression et son remplacement par l'allaitement artificiel au lait de vache, tout change.

Diagnostic. — L'infiltration des téguments qui donne à ces nourrissons l'aspect de petits obèses et qui leur a valu de M. Barbier le qualificatif de « florides », a, croyons-nous, des caractères assez particuliers pour se distinguer des autres œdèmes.

Rappelons brièvement qu'elle est avant tout caractérisé par l'épaississement et l'induration de téguments, la perte de leur souplesse, leur immobilité sur les plans sous-jacents, la sensation d'élasticité spéciale qu'elle donne à la palpation.

Localisée le plus souvent, généralisée quelquefois seulement, cette infiltration frappe de préférence les membres inférieurs, la face, les régions riches en tissu conjonctif lâche.

Ajoutons à ces caractères, les signes de l'atrophie que présentent ces malades, la fréquence particulière des troubles digestifs et pulmonaires, les modifications rapides et considérables du poids, leurs

prédispositions nettes aux infections septiques et graves, l'heureuse influence du régime alimentaire sur tous les accidents, les modifications urinaires coïncidant avec les pertes de poids et la diminution de l'infiltration et nous aurons ainsi, espérons-nous, un faisceau de caractères particuliers aux atrophiques florides.

Néanmoins, il nous paraît bon de résumer en quelques lignes le diagnostic différentiel de l'infiltration spéciale à ces nourrissons.

En premier lieu, c'est l'œdème du nouveau-né et du nourrisson. Nous n'insisterons point, car ce n'est pas le cas, sur l'œdème du nouveau-né. Cet œdème apparaissant dès les premiers jours de la vie, est mou, dépressible, s'accompagne d'abaissement de température et comporte un pronostic grave à très brève échéance.

Chez le nourrisson, l'œdème est une question encore à l'étude et nos recherches à ce sujet nous ont montré que toutes les variétés décrites jusqu'à présent, avaient, tant par leurs causes que par leurs caractères cliniques, des différences nettes avec l'infiltration propre à l'atrophique floride.

La néphrite aiguë et subaiguë, plus rare chez le nourrisson qu'au cours de la deuxième enfance et que chez l'adulte, donne un œdème mou et dépressible, avec pâleur des téguments. Le début en est parfois brusque, la généralisation rapide, habituellement cependant cet œdème se localise en certains points ; fugace et mobile, il peut frapper les viscères.

Moins encore que le précédent, l'œdème cardio-vasculaire est susceptible de prêter à confusion. Sa rareté, sa localisation prédominante à la paroi abdominale, l'intégrité fréquente des membres inférieurs, sa teinte rosée, bleutée, violacée même, les troubles cardio-vasculaires qui l'accompagnent, sont des caractères nettement distinctifs.

Nous ne ferons que signaler l'œdème des phlébites, nous n'insisterons point non plus sur les œdèmes infectieux ou toxiques, qu'ils soient d'origine médicamenteuse ou autre.

Il en sera de même des œdèmes nerveux et de la maladie de Quincke.

Récemment, MM. P. Lereboullet et A Marcocelles ont rapporté 5 observations de nourrissons ayant présenté soit un œdème marqué des membres inférieurs, soit un véritable anasarque. L'évolution fut particulièrement grave, puisque la mort survint dans 4 cas.

L'hérédo-syphilis fut incriminée dans un cas, dans un second cas, l'œdème semblait avoir à sa base une lésion hépatique indiscutable.

Il est 3 cas où la cause ne put être mise en évidence. Quoi qu'il en soit de la cause de ces œdèmes, nous n'avons trouvé, dans la description de ces auteurs, aucun caractère susceptible de nous permettre d'identifier l'œdème décrit à l'infiltration de l'atrophique floride. MM. Hutinel, d'Astras, Meyer, ont insisté récemment sur les œdèmes observés au cours des infections digestives à rechutes, et par-

ticulièrement au cours de l'entérocôlite subaiguë.

Cet œdème blanc, mou, dépressible, est un véritable œdème brightique ; enfin, caractère sur lequel insiste M. Hutinel, cet œdème est douloureux. Par ses caractères objectifs, ses rapports avec l'alimentation, son évolution particulière sous l'influence de la diète, l'infiltration de l'atrophique floride n'a rien de commun avec la bouffissure du myxœdémateux.

Rien d'analogue non plus entre elle et le sclérème du nouveau-né, décrit pour la première fois par Underwood et ensuite par Parrot, Billard. Son apparition dans les premiers jours qui suivent la naissance, sa tension, la rigidité de la peau, l'immobilité et la rigidité du corps qu'il entraîne quand il est généralisé, l'abaissement de température, l'évolution particulièrement rapide et redoutable le distinguent et le spécifient amplement.

Quant à l'athrepsie de Parrot, aux différentes formes d'atrophie et d'hypotrophie du nourrisson, toutes sont distinctes de l'atrophique floride.

C'est peut-être avec le type lymphatique des auteurs allemands que l'atrophique floride présente le plus d'analogie, mais là encore, nous n'avons point trouvé dans les auteurs une description nous permettant d'identifier ces deux états.

Traitement. — Le traitement à opposer à semblable état morbide se déduit facilement de l'étude des observations.

Il nous semble utile cependant, vu son importance, de mettre en évidence ses principaux points.

L'infiltration localisée ou généralisée sera combattue par la diète hydrique sévère et parfois longtemps prolongée (cinq jours et plus).

Une perte de poids considérable sera la conséquence habituelle de semblable régime, mais loin de nous effrayer, la chute du poids doit nous faire prévoir une amélioration prochaine de l'état général.

La diète s'imposera à chaque reprise de l'infiltration. Ses heureux effets seront souvent complétés par l'administration, à ces nourrissons sujets à la constipation, d'huile de ricin.

Nous provoquerons ainsi le rejet de selles abondantes et fétides et contribuerons à la désintoxication de ces petits malades.

L'infiltration disparue, l'alimentation sera reprise avec prudence. Le lait de vache ne sera donné qu'avec une prudence extrême, il ne devra pas dépasser 200 à 300 grammes par jour si nous voulons sûrement éviter le retour des accidents.

On pourra, à l'hôpital tout au moins, lui substituer le lait d'ânesse. Les bouillies au bouillon de légumes sucré ou non, les purées, les panades, l'eau d'orge comme boisson constitueront la plus grande partie de l'alimentation de ces enfants. Il nous a été impossible de coustater les résultats obtenus par une alimentation au sein substituée au biberon ; toutefois si nous en croyons l'histoire de ces nourrissons, qui, tant qu'ils sont nourris par la mère

sont indemnes d'accidents, l'alimentation au sein doit donner d'excellents résultats.

Chacun des accidents surajouté à l'infiltration sera naturellement combattu par les moyens habituels.

Néanmoins la diète d'abord, un régime alimentaire approprié ensuite, seront toujours à la base du traitement.

Hypothèses pathogéniques

La pathogénie, nous l'avons dit déjà, ne constitue pas le but de cette étude, c'est pourquoi nous serons bref.

Un fait capital dans l'histoire de ces nourrissons, c'est l'alimentation et surtout la suralimentation au lait de vache. N'y a-t-il pas entre elle et l'infiltration une relation de cause à effet ?

C'est l'opinion de M. Barbier.

Le lait de vache est très riche en sels, il renferme en moyenne 7 gr.70 de sels minéraux par litre, c'est-à-dire environ trois fois plus que le lait de femme.

Apportés en excès par le lait, ces sels vont provoquer deux ordres de phénomènes :

1° Le rein, par un travail d'excrétion exagéré, s'efforce d'éliminer cet excès de substances minérales d'où diurèse, polyurie, richesse des urines en éléments minéraux.

Malgré son hyperfonctionnement, le rein devient souvent insuffisant à sa tâche et ne réussit pas toujours à assurer le rejet hors de l'organisme de sels minéraux en excès. Il en résulte :

2° *Phénomènes* : rétention dans l'organisme d'une partie des substances minérales. N'entrant pas dans la constitution des tissus, ne pouvant séjourner dans le sang, qui tend à conserver sa pression osmotique, ces sels minéraux sont déposés dans les espaces plasmatiques et y provoquent des rétentions aqueuses et accessoirement des rétentions toxiques.

Il y a donc ici rétention minérale. Cette rétention est à la base des œdèmes et de l'infiltration et semble jouer chez l'atrophique floride le rôle de la rétention chlorurée chez le brightique *œdémateux*.

Nous avons vu combien les variations de poids sont considérables chez ces petits malades. Comme l'œdème, elles ressortissent à une rétention saline.

L'observation suivante est démonstrative à ce sujet.

OBSERVATION XIV

Premier séjour. — G. L.... dix mois.

Entrée le 30 août, sortie le 14 septembre 1912.

Poids actuel, 6.300 grammes.

Enfant amenée à l'hôpital pour diarrhée et amaigrissement.

Née à terme ; poids de naissance inconnu ; nourrie au sein pendant quinze jours, puis, la mère étant obligée de travail-

ler, placée en nourrice où elle reçoit une quantité indéterminée de lait de vache.

L'enfant aurait, paraît-il,assez bien supporté cette alimentation mais à cinq mois, elle mange de la soupe, des pommes de terre et même de la viande en petite quantité.

A neuf mois, l'enfant, soumise à pareil régime, est maigre et sa mère doit la confier à une autre personne qui lui donne journellement sept biberons de 120 grammes de lait.

Ce nouveau régime eut une influence heureuse : le poids s'éleva.

Depuis quinze jours. l'enfant est dans une crèche où on lui donne quotidiennement du lait de vache en quantité inconnue et deux soupes.

Les troubles dispeptiques ne tardent pas à apparaître.

Les selles, au nombre de cinq ou six par jour, sont jaunes, glaireuses, les vomissements sont apparus et suivent de près l'injection de chaque biberon.

A l'entrée,l'enfant est pâle,cyanosée ; les yeux sont cernés, le regard anxieux.

Appétit nul, cris, agitation, refus du biberon. Dyspnée marquée, pouls petit et rapide.

On a l'impression d'une enfant intoxiquée.

Régime. — Thé léger,trois potages.Injection de 120 centimètres cubes d'oxygène pour combattre la dyspnée, deux bains par jour, 1 gramme de chlorure de calcium.

10 septembre. — Après avoir maigri de 300 grammes pendant les cinq premiers jours, l'enfant vient de gagner 600 grammes en quatre jours, on craint une rétention chlorurée et on supprime le clorure de calcium.

Bientôt, l'état général s'améliore, depuis la suppression

du chlorure de calcium, le poids s'est abaissé de 200 grammes en cinq jours. L'enfant est plus calme, dort, prend avec appétit ses panades et ses potages, les selles sont meilleures, peu abondantes, mais encore assez nombreuses.

Le 14 septembre, la mère reprend son enfant.

Durant ce court séjour à l'hôpital, un fait a surtout attiré l'attention et doit être signalé. Ces variations considérables de poids (augmentation de 600 gr. en quatre jours, soit : 150 gr. par jour) ; paraissent dues à une rétention du chlorure de calcium, car, ce médicament supprimé, le poids a baissé notablement et l'amélioration est apparue.

Deuxième séjour, 18 septembre. — L'enfant entre de nouveau à l'hôpital, quatre jours après sa sortie. Elle aurait eu, dit la mère, de l'agitation nocturne et de la diarrhée. Nourrie pendant ce laps de temps au lait de vache dont elle absorbe une quantité indéterminée mais certainement trop abondante, elle a bien vite des selles liquides, fétides et décolorées.

Le facies présente le même aspect que lors de la première entrée ; il y a de nouveau intoxication.

21 septembre. — La diète est prescrite dès l'entrée. Baisse de poids très marquée, le 23 septembre, cinq jours après son entrée, l'enfant est à 6.000 grammes, elle a perdu 300 grammes.

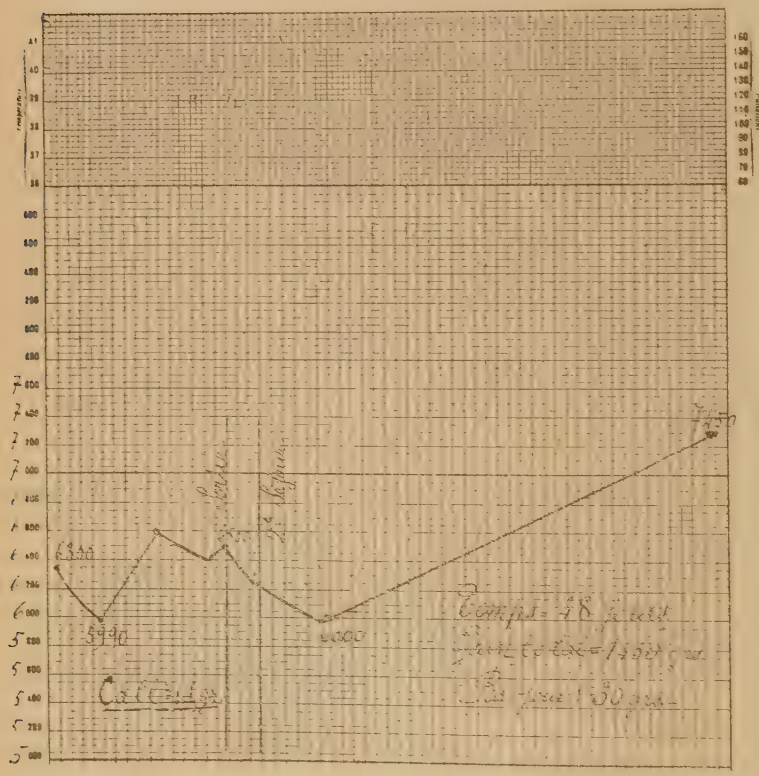
A partir de ce moment, le régime est modifié : trois panades, 200 grammes de lait de vache.

L'effet est heureux, l'amélioration survient rapidement. L'enfant est gaie, éveillée, les nuits sont bonnes. L'appétit est normal, la diarrhée a disparu peu à peu, il n'y a plus

que deux selles normales par jour. les vomissements ont cessé.

L'augmentation de poids est d'ailleurs notable et du 23 septembre au 11 novembre. date de sortie, l'enfant gagne 1.450 grammes, soit une moyenne de 30 grammes par jour.

Service de M. le Docteur BARBIER



Nota. — Le fait saillant de cette observation est le rôle joué par le chlorure de *calcium* dans les variations du poids. L'absorption de chlorure du calcium, est suivi, à brève échéance, d'une ascension de poids, qui atteint 610 grammes en cinq jours, soit 122 grammes par jour.

On supprime le chlorure de calcium et à partir de ce moment le poids baisse de façon à revenir au poids initial en quinze jours.

Il n'y a certes pas, chez ce malade, contrairement à ce que l'on observe chez l'atrophique floride, d'œdèmes visibles, peut-être y a-t il des œdèmes profonds ; en tous les cas, ces variations brusques de poids consécutives à l'absorption de sels minéraux sont absolument comparables à ce qui se passe chez l'atrophique floride.

Il y a donc aussi chez ce dernier rétention saline. Et, dans cette rétention, le chlorure de sodium joue un rôle capital. Plusieurs faits le prouvent :

1° La disparition des œdèmes et la chute du poids coïncident avec une polyurie et une décharge chlorurée.

2° Leur réapparition est marquée par l'oligurie et la diminution de l'élimination chlorurée. En faveur de la même hypothèse, nous signalerons les travaux de MM. Achard et Paisseau. Ces auteurs ont montré que, chez les nourrissons athrepsiques, les injections de sérum étaient susceptibles de provoquer des œdèmes et ont signalé les dangers de la chloruration dans de tels cas.

M. Variot a signalé des faits analogues, dus à l'usage prolongé du bouillon de légumes salés. Nous pourrions certes multiplier les exemples, mais il n'en reste pas moins vrai que certaines substances autres que le chlorure de sodium, ingérées à forte dose, ont pu produire chez l'homme des œdèmes.

Meyer rapporte le cas d'un nourrisson du service du Professeur Henbuer qui présenta des œdèmes généralisés consécutifs à l'absorption de phosphate de soude.

Chez l'homme, M. Clément (de Lyon) a signalé l'effet hydropique du bicarbonate de soude absorbé d'une façon prolongée.

MM. Widal, Lemierre et André Weill ont publié le cas d'un œdème provoqué par l'absorption massive de sulfate de magnésie. MM. Gouin et Andouard avaient observé chez les animaux l'hydratation provoquée par l'ingestion de bicarbonate de soude.

M. Achard nous dit : « l'œdème peut être produit chez homme comme dans les expériences faites sur les animaux, par l'introduction dans l'organisme d'une grande quantité de molécules diverses ».

Pour M. Debove, ce qui domine la pathogénie de l'œdème, c'est « la rétention des toxines et des déchets divers ».

M. Castaigne exprime sous une forme différente une opinion quelque peu comparable : « On peut se faire de l'œdème la conception suivante, au point de vue de la pathologie générale : il est dû à la rétention, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de subs-

tances qui ne doivent pas s'y trouver à l'état normal et qui font un appel d'eau, par quoi l'œdème se trouve constitué. Il nous est donc permis de penser, avec M. Barbier, qu'il existe chez ces malades une rétention saline complexe. Et, sans nier le rôle important du chlorure de sodium dans l'apparition de l'infiltration, nous pensons que d'autres substances interviennent également. »

C'est à cette rétention complexe, formée à la fois de substances minérales et de déchets azotés multiples, que nous croyons pouvoir attribuer l'état d'intoxication de déchéance de ces enfants et leur prédisposition aux infections.

CONCLUSIONS

1° L'état particulier qui caractérise les « atrophiques florides » et leur a valu leur nom, est la conséquence d'une alimentation défectueuse et en particulier d'une suralimentation au lait de vache ;

2° Ces nourrissons sont susceptibles de présenter, outre l'infiltration qui leur est spéciale, une série de phénomènes morbides intéressant presque tous les appareils de l'organisme ;

3° Les troubles digestifs, cutanés, pulmonaires, sont les plus fréquents, les troubles nerveux viennent ensuite. Les urines ont, chez ces enfants, des caractères spéciaux ;

4° Sous l'influence de la diète et d'une alimentation différente, tous ces troubles s'atténuent ou disparaissent complètement, alors que le poids subit une chute considérable ;

5° La reprise de l'alimentation au lait de vache entraîne la réapparition de tous les accidents ;

6° Ces enfants présentent une prédisposition

nette aux infections septiques cutanées ou autres et habituelles au milieu hospitalier ;

5° La pathogénie de ces accidents semble être expliquée par une rétention saline complexe.

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
F. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Pathogénie de l'œdème (Journal médical français, 15 janvier 1914).

Achard et *Gaillard* (L.). — Rétention locale des chlorures provoquée par l'injection d'autres substances.

Achard et *Paisseau.* — Sur l'œdème provoqué par les injections salines chez les nourrissons athrepsiques (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1903).

Barbier. — Pathologie du lait de vache. — Les infiltrés, les atrophiques florides (Pédiâtrie, 31 janvier 1913).

— Besoins de l'organisme de l'enfant en éléments minéraux (Journal de Diététiquc, nos 6, 7, 9, année 1911).

— Les Rétentions azotées et salines des nourrissons nourris au biberon. — Les atrophiques florides (Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris, n° 8, novembre 1912).

Barbier et *Cléret.* — Atrophie des nourrissons et lésions congénitales du foie des nouveaux-nés (Archives de médecine infantile, juin 1914).

Castaigne. — Les Œdèmes. — Revue documentaire (Journal médical français).

Clément. — Œdème des membres inférieurs par abus du bicarbonate de soude, 15 janvier 1914 (Lyon médical, 1er décembre 1907, p. 896).

Cambe et *Narbel.* — Traitement de l'athrepsie de l'enfant (Annales de Médecine et de Chirurgie infantiles, Paris, 1902).

D'Altros. — Les Œdèmes chez le nouveau-né et le nourrisson (Revue des maladies de l'enfance, 1907).

Devimeux (G.). — Athrophie et hypertrophie, traitement des formes graves par l'emploi méthodique des laits suréchauffés et des laits homogénéisés. Thèse de Paris, 1911.

Feldzen (M^lle^). — Athrepsie de Parrot et athrepsie tardive. Thèse de Montpellier, 1906-1907.

Grancher et *Comby*. — Traité des Maladies de l'enfance. Œdème et scléreuse, t. V, p. 145.

Hutinel. — L'Anasarques dans les entéro-colites graves des jeunes enfants (Presse médicale, 1904, p. 469)

— Revue mensuelle des Maladies de l'enfance, juillet 1904.

Hutinel et *Tiarès*. — Les Dystrophies infantiles (Traité des maladies de l'enfance, t. II, p. 808).

Hutinel et *Leven* (G.). — Les Œdèmes (Traité des Maladies de l'enfance, t. IV, p. 590).

Labbé (M.), *Bilh* (G.) et *Ferty* (M^lle^ K.). — Les œdèmes chez les diabétiques. Action du bicarbonate de soude (Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 10 mai 1902, p. 571).

Labbé (M.) et *Guérilhaut* (B.). — Les œdèmes bicarbonatés chez les diabétiques Métabolisme comparé du chlore et du sodium (Bullet. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux, 7 mars 1913, p. 558).

Lereboullet (P.) et *Marcarelles*. — L'Œdème et l'anasarque chez le nourrisson (Société de Pédiàtrie, décembre 1908).

Lesage. — Atrophie et Athrepsie des nourrissons. Ses limites (Paris médical, 6 décembre 1913).

Meyer. — Les Œdèmes dans les gastro-entérites infantiles (Presse médicale, 1905, p. 756).

Nobécourt et *Vitry*. — Influence de l'ingestion de chlorure de sodium sur le poids des nourrissons (Bulletin de la Société de Pédiàtrie de Paris. Séance du 15 décembre 1903).

Nobécourt et *Maillet*. — La Forme athrepsique de l'azotémie des nourrissons.

Parrot. — L'Athrepsie (Progrès médical, 2 janvier 1875).

Variot. — Atrophie infantile (Société de Pédiâtrie de Paris, 1904, p. 276 à 284).

Variot. — De la croissance dans l'atrophie et l'hypertrophie infantiles (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1907).

— L'élevage des enfants atrophiques par l'emploi méthodique du lait stérilisé (Revue scientifique. Paris, 1902, XVII, p. 225-235).

— Sur les formes prolongées de l'atrophie infantile d'origine gastro-intestinale (Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris, 1904, p. 153 à 159).

— Observations et remarques sur les stagnations de poids dans l'élevage des enfants atrophiques (Annales de Médecine et de Chirurgie. Paris, 1904, 361-466).

Widal. — Classification des néphrites basée sur les grands syndromes fonctionnels du mal de Bright. Les procédés d'appréciations du fonctionnement rénal (Mouvement médical, janvier 1913, t. I, p. 1).

— La chlorurémie et la cure de déchloruration dans le mal de Bright (Presse médicale, 1903, p. 701).

Widal, *Lemierre* et *Weill* (André). — Œdèmes par absorption massive de sulfate de magnésie.

Widal Lemierre (A.), et *Cotain*. — Le rôle du chlorure de sodium dans les œdèmes provoqués par le bicarbonates de soude à dose massive.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Définition	11
Observations	13
Description des principaux phénomènes pathologiques observés chez les utrophiques florides	53
Accidents digestifs et modifications du poids	63
Pathogénie	78
Conclusions	87
Bibliographie	89

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2782-14